



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE
COMUNITÁRIA**
“BEM NASCER, MELHOR CRESCER”

Bem nascer, melhor crescer

Projecto de Intervenção Comunitária
Sessões de Educação Parental

Destinatários

Futuros Pais,
Pais e/ou responsáveis legais de
crianças até aos seis anos.

Local

Escola Básica do 1º Ciclo - Porches

Promotor:



Apoio:



Elaborado por:

Anabela Monteiro Simões

Orientado por:

Professora Coordenadora

Maria Manuela Narciso Pereira

BEJA
2012



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA:
“BEM NASCER, MELHOR CRESCER”

Projeto realizado no âmbito do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, apresentado à Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Beja.

Elaborado por:
Anabela Monteiro Simões

Orientado por:
Professora Coordenadora Maria Manuela Narciso Pereira

BEJA
2012

“Defendo a necessidade de nos preocuparmos com o que nos rodeia, com especial atenção para os que estão próximos, sobretudo se forem mais vulneráveis. E acredito na possibilidade de conseguirmos melhorar as famílias (...) se nos dedicarmos de facto à sua transformação quotidiana.”

Daniel Sampaio

Agradecimentos

Aos pais / responsáveis legais das crianças intervenientes no projeto, pela sua participação e interesse.

À Professora Coordenadora Maria Manuela Pereira pela valiosa orientação, amizade e estímulo que sempre dispensou.

À Professora Doutora Helena José pelos desafios e incentivos que colocou.

À Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, Dra. Rosa Gonçalves, pelo consentimento da realização deste projeto.

À presidente do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, Dra. Angélica Aleixo pelo seu constante incentivo.

À Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, Enf^a. Maria Carmo Serrão, pela sua visão, apoio e disponibilidade que sempre tem.

A todos a entidades do concelho de Lagoa envolvidas no projeto, que de alguma forma contribuíram para que a execução deste projeto fosse possível.

À colega de trabalho, Maria José Tai Yee, elemento da equipa de gestão do projeto, pela sua ajuda preciosa, disponibilidade constante e amizade.

À colega de mestrado e de trabalho Cristina Francisco pela sua amizade inestimável e junto de quem sempre encontro um lugar de partilha tão reconfortante.

Ao meu marido Luís, e ao João meu filho, meus amores maiores, pelo seu amor, serenidade e amparo nesta caminhada que é a vida e que possibilitam tudo isto.

Aos meus pais pelo seu amor incondicional!

Resumo

Apoiar a parentalidade assume cada vez mais um papel relevante na sociedade atual, uma vez que os pais são as pessoas mais importantes na vida dos seus filhos, e a família constitui o primeiro grande suporte afetivo e de aprendizagem social da criança. Muitas vezes faltam às famílias as competências e os conhecimentos necessários para um crescimento e desenvolvimento equilibrado e saudável das suas crianças, emergindo assim a necessidade de se intervir.

A educação parental surge como uma estratégia capaz na promoção da saúde e na autonomia das famílias e dos seus elementos, estratégia que se for desenvolvida no âmbito da intervenção comunitária terá certamente resultados mais efetivos, uma vez que esta é uma forma de intervenção integrada, que visa a capacitação dos indivíduos, apoiando-se nos recursos da comunidade onde estes se encontram inseridos, com o objetivo da sua autonomização.

O presente projeto de intervenção em saúde comunitária que nos propusemos desenvolver e que denominámos de “Bem Nascer, Melhor Crescer”, é um projeto que surgiu após a reflexão e hierarquização dos problemas identificados pelo diagnóstico de saúde efetuado à população do Bairro Municipal de Porches da freguesia de Porches, concelho de Lagoa, tendo sido identificados cuidados deficitários às crianças do grupo etário dos 0 aos 6 anos de idade, ora por omissão ora por incapacidade por parte dos pais / responsáveis legais. Em simultâneo foi-nos efetuado o apelo de intervenção, pela educadora do jardim-de-infância situado na freguesia de Porches, para que fossem desenvolvidas ações de educação para a saúde abordando as mais variadas temáticas, uma vez que contacta diariamente com as crianças daquele bairro e sinaliza situações de cuidados deficitários. Assim o projeto de intervenção em saúde comunitária que se concebeu é um projeto de educação para a saúde, mais concretamente na área da educação parental, que tem como objetivo geral dar resposta ao problema identificado, promovendo a literacia em saúde, mais especificamente em cuidados parentais e desta forma originar ganhos em saúde, sendo a sua finalidade promover efetivos ganhos em saúde na área da saúde infantil.

Abstract

Supporting parenthood assumes more and more a relevant role in present society, since parents are the most important people in the lives of their children and family is the major emotional link and the basis of social learning of the children.

However, families often lack the skills and knowledge necessary to a balanced and healthy growth and development of their children. Consequently, the need for an external intervention arises.

Parent education emerges as an efficient strategy to promote health and autonomy of families and their members, a strategy to be developed within the community, so as to allow more effective outcomes.

As an integrated form of intervention, it aims abling individuals (and families) to become more autonomous, with the help and support of resources in the community.

This community intervention project, focused on health, called “Bem Nascer, Melhor Crescer” (Well Born, Growing Better), emerged upon study and reflection on the problems identified in an health diagnosis made to the population of the District of Porches, in the Municipality of Lagoa, in Algarve. In this project several cases of deficient health care provide to children between 0 and 6 years old have been identified, whether by omission or inability on the part of their parents or tutors.

Simultaneous, we have been contacted by the local kindergarten to promote same action concerning “Education for Health”, addressing various issues related to the theme, since situation of deficient health care were detected and reported by that institution.

Thus, this health intervention community project, focused an “Education for Health”, on a social range, has as its main objective to address the identified problems, promotion health literacy, specifically on what concerns parental care, and as a final purpose to promote effective health improvements in child health.

ÍNDICE

0	<u>INTRODUÇÃO</u>	10
1	<u>PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA</u> <u>“BEM NASCER, MELHOR CRESCER”</u>	14
1.1	ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE SAÚDE	15
1.2	JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO	20
1.3	QUADRO DE REFERÊNCIA / FUNDAMENTAÇÃO	23
1.3.1	Da família à parentalidade	23
1.3.2	Promoção da saúde e educação para a saúde	27
1.3.3	Educação parental em intervenção comunitária.....	30
1.4	OBJETIVOS	33
1.5	DESENHO DO PROJETO	34
1.5.1	Diagnóstico de saúde	34
1.5.2	Definição de prioridades	35
1.5.3	Âmbito	36
1.5.4	Objetivos, indicadores e metas	37
1.5.5	Estrutura analítica do projeto (<i>Work Breakdown Structure</i>).....	39
1.5.6	Entidades/pessoas envolvidas no projeto (<i>stakeholders</i>).....	41
1.5.7	Estimativa de custos	42
1.5.8	Gestão do risco.....	43
1.6	EXECUÇÃO.....	43
1.6.1	Atividades já desenvolvidas	44
1.6.2	Atividades a desenvolver	60
1.7	AVALIAÇÃO DO PROJETO	60
2	<u>LIMITAÇÕES</u>	62

3	<u>QUESTÕES ÉTICAS</u>	63
4	<u>IMPLICAÇÕES / RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA</u>	65
5	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	66
6	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	68
	<u>ANEXOS</u>	73
	Anexo I Cronograma de atividades	74
	Anexo II Cartaz de divulgação do projeto	77
	Anexo III Plano de sessões de educação parental	79
	Anexo IV Folheto para convocatória aos participantes	81
	Anexo V Informação para colocação nas pastas a enterrar aos participantes	83
	Anexo VI Certificado de frequência para os participantes	87
	Anexo VII Certificado de participação como formador	89
	Anexo VIII Consentimento informado	91
	Anexo IX Apresentação do projeto para pedido de autorização ao Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento	93

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1	Nº de fogos por tipologia existentes no Bairro Municipal de Porches	16
Quadro nº 2	Grupo etário da população residente no Bairro Municipal de Porches	17
Quadro nº 3	Objetivos, indicadores de execução e metas.....	37
Quadro nº 4	Estimativa de custos para a Unidade de Cuidados na Comunidade D'Alagoa	42
Quadro nº 5	Monitorização da execução das atividades da etapa validação da WBS	48
Quadro nº 6	Plano de sessões de educação parental	51
Quadro nº 7	Calendarização das sessões de educação parental por módulos.....	56
Quadro nº 8	Monitorização da execução das atividades da etapa do desenho da WBS.....	59

0 - INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários são o pilar fundamental do Serviço Nacional de Saúde, pois são primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. A promoção e proteção da saúde, a prevenção e prestação cuidados na doença, bem como a eficaz ligação e articulação com os outros níveis do sistema de forma a garantir a continuidade dos cuidados, fazem com que os cuidados de saúde primários se revistam como elemento chave na obtenção da saúde para todos.

Desta forma é fundamental que se identifiquem os problemas, fatores determinantes, bem como necessidades de saúde para que as abordagens a delinear sejam as adequadas. Para que isto aconteça é pois necessário por um lado planear e não apenas dar resposta à procura dos cuidados de saúde, bem como trabalhar com outros sectores, estabelecer parcerias de forma a promover a literacia e a capacitar.

Relativamente ao primeiro aspeto, ou seja relativamente ao planear em saúde este consistirá em elaborar um curso de ação, face às necessidades sentidas, pretendendo-se alcançar uma melhoria no estado de saúde de uma população, comunidade, e assim obter ganhos em saúde.

Imperatori & Giraldes (1993) referem seis tipos de razões para a necessidade do planeamento da saúde: - os recursos são escassos, logo têm que ser utilizados de forma o mais eficaz e o mais eficiente; - necessidade de intervenção nas causas dos problemas, de forma a evitar que o problema se repita; - necessidade de definição de prioridades; - evitar intervenções isoladas e por isso desajustadas; - necessidade de racionalização de infraestruturas que são caras; - utilização polivalente e integral de equipamentos.

No que ao segundo aspeto diz respeito, ou seja à intervenção comunitária, esta é uma abordagem onde o trabalho é feito em parceria e colaboração com as comunidades, é um trabalho de grupo devidamente pensado e delineado, em que se pretende a capacitação dos indivíduos provocando uma mudança, não um trabalho individual e estanque, mas sim uma intervenção próxima articulada com a rede de recursos da

comunidade e exercida de forma continuada, assegurando certamente os resultados, que se pretendem efetivos e duradouros.

O projeto de intervenção em saúde comunitária que nos propusemos realizar, no âmbito da Prova de Mestrado do I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, é um projeto a implementar num bairro social da freguesia de Porches, concelho de Lagoa, tendo em vista a sua posterior implementação a outros bairros ou grupos com características semelhantes no mesmo concelho. Este projeto de intervenção em saúde comunitária é um projeto de educação para a saúde, mais concretamente na área da educação parental, sendo a sua finalidade promover efetivos ganhos em saúde na área da saúde infantil, e que tem como objetivo geral promover a literacia em saúde mais especificamente em cuidados parentais, através da implementação do projeto “Bem Nascer, Melhor Crescer” originando ganhos em saúde.

A escolha por esta área de intervenção fundamentou-se na reflexão e no estabelecimento de prioridades sobre os problemas de saúde identificados pelo diagnóstico de saúde da população do Bairro Municipal de Porches. Para tal tivemos em consideração o que Imperatori & Giraldes (1993) nos referem, “Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação.” (p. 64). De referir ainda que não nos foi também alheio o pedido de intervenção efetuado pelo jardim-de-infância da freguesia de Porches do concelho de Lagoa aos serviços de saúde, para que junto dos pais / responsáveis legais de crianças moradoras do Bairro Municipal de Porches, com grande vulnerabilidade social, fossem desenvolvidas ações de educação para a saúde abordando as mais variadas temáticas que no seu conjunto compõem as diferentes componentes da parentalidade responsável e segura, o que vinha ao encontro do identificado através do diagnóstico de saúde.

Perante tudo isto e sabendo que a enfermagem comunitária desenvolve uma prática centrada na comunidade, onde o enfermeiro tem um papel preponderante na capacitação e empoderamento das comunidades. Diz-nos o Código Deontológico para Enfermeiros (1998) sobre o dever para com a comunidade, que o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e nas respostas adequadas às necessidades em cuidados de enfermagem (artigo 80.º do Decreto-Lei n.º 104/98, p.1754). Acresce ainda que como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária temos competências específicas, nomeadamente o estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados assim como a liderança de processos comunitários com vista à

capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania (regulamento nº 128/2011).

Acresce ainda que os aspetos em redor dos riscos sociais presentes durante a infância têm há já algum tempo, vindo a ganhar maior relevância na sociedade portuguesa. Palavras como abusos, maus-tratos, abandono, negligência levam-nos logo a pensar em diversos problemas sociais, a que as crianças e os jovens portugueses estão expostos, e que cada vez mais se evidenciam quer diretamente no terreno quer através das variadíssimas estatísticas de diferentes organismos a que temos acesso.

Constatamos que este projeto que nos propusemos realizar se revelou desejável, necessário e abrangente, resultado da interação, discussão e reflexão entre os vários intervenientes. As entidades envolvidas no desenvolvimento do projeto estiveram envolvidas também aquando do diagnóstico de saúde, o que se revelou, na nossa perspetiva, uma mais-valia para o encontro de soluções. Depois da imprescindível reflexão efetuada sobre a caracterização e o diagnóstico feitos, bem como sobre a priorização dos problemas identificados, foi preciso pensar sobre o contexto, enquanto oportunidade e fonte de soluções. Pois é tendo em conta os problemas e as soluções que se torna possível decidir onde intervir num dado momento e numa determinada circunstância.

Como já mencionado anteriormente os cuidados de saúde primários são fundamentais, com o enfoque especial na capacidade de responder na resolução de problemas das comunidades, assim este é um projeto a implementar pela Unidade de Cuidados na Comunidade D'Alagoa. Através do Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro, ao são criados os Agrupamentos de Centros de Saúde, que são compostos por várias unidades funcionais, entre elas as Unidades de Cuidados na Comunidade, cabendo a estas unidades a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Assim parte substancial da atividade da Unidade de Cuidados na Comunidade é concretizada na comunidade que serve, com especial relevância nos grupos que apresentam vulnerabilidade, o que vem suportar a implementação deste projeto através da Unidade de Cuidados na Comunidade D'Alagoa.

A criação de parcerias foi um aspecto essencial para a consecução deste projeto, uma vez que permitiu a conciliação ao nível das várias iniciativas já existentes e disponíveis ao serviço da população, sendo o projeto aceite e validado por todas as partes intervenientes.

O presente relatório encontra-se estruturado em vários capítulos, sendo que o primeiro contém vários subcapítulos, começando por se efetuar o enquadramento do problema de saúde, a justificação do projeto, o quadro de referência / fundamentação, objetivos e desenho do projeto. Relativamente ao desenho do projeto cumpridas as suas várias fases, que vão desde o diagnóstico até à avaliação. Passando pela desagregação da estrutura do projeto, através da WBS (Work, Breakdown Structure) que se revelou um instrumento de grande importância na realização deste trabalho, ao permitir estruturar a divisão do mesmo.

No segundo capítulo são focadas as limitações verificadas. Relativamente às questões éticas, elas são apresentadas no terceiro capítulo. Como em qualquer trabalho desta natureza, resultam sempre determinadas implicações e / ou resultados para a prática, pelo que são apresentadas no capítulo quarto. Segue-se o capítulo quinto com algumas considerações finais.

1 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA - “BEM NASCER, MELHOR CRESCER”

O projeto que nos propusemos desenvolver é um projeto de intervenção em saúde comunitária, que denominámos “Bem Nascer, Melhor Crescer” e que será implementado pela Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa, fortalecendo assim a resposta desta recém-formada unidade funcional na consecução de um projeto de intervenção em saúde na população do Bairro Municipal de Porches.

A Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa, que teve a sua abertura formal a 22 de Setembro de 2011, com sede na Unidade Funcional de Lagoa (Centro de Saúde de Lagoa), e como já referido anteriormente é uma unidade funcional elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo. É dotada de autonomia organizativa e técnica e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II - Barlavento, do qual é parte integrante.

Este projeto de intervenção em saúde comunitária “Bem Nascer, Melhor Crescer” integra, entre outros, o programa de Preparação para a Parentalidade, da carteira de serviços da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa. Como projeto que é e como nos refere Imperatori & Giraldes, (1993) “é uma atividade que decorrerá num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribuí para a execução de um programa.” (p.129), ou seja é um projeto que vai decorrer num determinado intervalo de tempo e que visa contribuir para um melhor desempenho da parentalidade, através da capacitação dos pais / responsáveis legais de crianças até aos 6 anos daquela população.

É fundamental legitimar o papel do cidadão, dos grupos, da comunidade na construção de ambientes favoráveis à saúde, traduzindo-se claramente numa necessidade que é preciso promover e incentivar. Contribuir para a capacitação de cada pessoa, de cada grupo, de cada comunidade, no sentido de que reconheçam o direito a respostas de saúde às suas reais necessidades mas também a

reconhecerem a sua responsabilidade em participar e contribuir para a construção dessa mesma resposta, é fundamental. Cada cidadão deve ser capaz de reconhecer o quanto o seu comportamento influencia a saúde de si próprio e daquilo que o rodeia, para que isto seja possível é necessário capacitar, é necessário que a literacia em saúde seja uma realidade para todos.

A Organização Mundial da Saúde (1998), definiu literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, compreenderem e usarem informação de forma que promovam e mantenham uma boa saúde. É apresentada como a capacidade para tomar decisões fundamentadas em saúde, no decurso da vida do dia-a-dia qualquer que seja o contexto em que se encontrem, na utilização do sistema de saúde, na comunidade e no contexto político, possibilitando o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.

Gostaríamos ainda de referir que relativamente ao nome do projeto a sua escolha foi algo que se considerou muito importante, estando relacionada com a finalidade da implementação do mesmo, ou seja querendo-se transmitir uma ideia do apoio ao desenvolvimento infantil saudável desde a sua gestação sinalizando e reduzindo situações de negligência, abusos e / ou maus-tratos.

Os serviços de saúde têm a responsabilidade de responder às necessidades de saúde e de fomentar e potenciar junto dos cidadãos e comunidades o seu mais alto nível de saúde. A responsabilidade pela saúde da comunidade é claramente uma filosofia desta unidade funcional.

1.1 - ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE SAÚDE

A seleção do problema que realizámos, teve em conta os critérios de hierarquização de problemas, ou seja dos problemas evidenciados pelo diagnóstico de saúde, pois estava a ser desenvolvido o estudo da população do Bairro Municipal de Porches, por dois colegas enfermeiros aquando da realização do estágio do II Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Comunitária, dos quais fomos enfermeira tutora e que resultou na sua caracterização e no diagnóstico de saúde em Junho do ano 2011, através da sua consulta constatamos características da população que nos suscitaram preocupação e a que é necessário dar atenção, bem como aspetos que denotam

comportamentos pouco saudáveis, e nada promotores da saúde e da qualidade de vida que evidenciam a necessidade de se agir.

Como nos é referido no diagnóstico de saúde (Remígio & Teixeira, 2011) o Bairro Municipal de Porches foi construído com a finalidade do arrendamento mas estava também incluído no Programa de Realojamento de População Residente em Barracas mediante o acordo de colaboração entre o Município de Lagoa e o Instituto Nacional de Habitação. Este bairro é o mais recente empreendimento de habitação social do concelho, tendo sido totalmente ocupado em Julho de 2005.

O bairro encontra-se integrado perto da Nacional 125 e dispõe de jardim em redor do mesmo, e é composto por vários blocos habitacionais, a cada bloco habitacional foi atribuído um pequeno jardim, transformado por alguns moradores numa pequena horta onde cultivam alguns legumes para consumo próprio.

Quadro nº 1 – Número de fogos por tipologia existentes no Bairro Municipal de Porches

TIPOLOGIA	Nº FOGOS
T1	11
T2	32
T3	15
T4	9
Total	67

Fonte: Município de Lagoa, Serviços Acção Social, Habitação e Saúde

Alguns grupos de habitantes no bairro já eram vizinhos, embora provenham de vários locais do concelho, pois na sua maioria, residiam em aglomerados de barracas ou habitações degradadas e isoladas. Ainda segundo dados dos Serviços de Acção Social do Município de Lagoa a origem dos habitantes é na sua maioria europeia com 51 agregados, dos quais 14 são de etnia cigana, e os restantes 16 oriundos de África, de um total de 67 agregados.

No que ao grupo etário diz respeito e pela análise do quadro nº 2, é possível verificar que a população deste bairro é predominantemente jovem, sendo que a maioria da população se encontra em idade ativa, ou seja dos 16 aos 59 anos. De facto, a população idosa, ao contrário do que se verifica nas estruturas etárias das populações dos países desenvolvidos tem pouco relevância neste bairro, não chegando a atingir os 9%. Esta realidade pode dever-se ao facto de este ser um bairro muito recente e por isso as famílias que foram alojadas eram preferencialmente constituídas por indivíduos em idade ativa e com crianças.

Quadro nº 2 – Grupo etário da População Residente no Bairro Municipal de Porches.

Grupo Etário	Homens	Mulheres	Total	%
0-15	40	28	68	28,7%
16-29	28	24	52	21,9%
30-44	20	24	44	18,6%
45-59	25	27	52	21,9%
≥ 60	15	6	21	8,9%
Total:			237	

Fonte: Município de Lagoa, Serviços de Saúde Social, Habitação e Saúde

Apesar de ocupar uma área relativamente pequena da vila de Porches, este bairro possui a zona de maior densidade populacional, pois trata-se de construção vertical. A degradação das habitações já se começa a notar pois a conservação e manutenção é algo que é visto pelos seus habitantes como responsabilidade apenas e só do município.

Através do diagnóstico de saúde consultado verificou-se que no seio das 48 famílias questionadas havia 14 crianças com idade até 6 anos, sendo 7 do género feminino e 7 do género masculino, sendo que 4 crianças tinham à data do estudo idades inferiores a 2 anos. Da análise deste documento evidenciaram-se alguns aspetos referentes a este grupo etário (0-6 anos) e que se relacionam diretamente com cuidados durante ou após a gestação, estilos de vida, ou mesmo alguns aspetos que podem configurar formas de negligência, por omissão de cuidados e que constituem problemas em saúde pelo que é imperativo prestar atenção e que passamos a enumerar:

- Apenas 14% das crianças realizaram a 1ª consulta nos primeiros 28 dias de vida. Este é um aspeto que como sabemos colide com as recomendações de vigilância de saúde infantil preconizadas pela Direção Geral e Saúde, descritas Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e reiterado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 onde é apontada a necessidade e importância da primeira consulta se realizar nos primeiros dias de vida.
- Só 68% das crianças cumpriram o plano de consultas preconizado para a vigilância adequada para a faixa etária dos 0 aos 6 anos de idade. A Direção Geral da Saúde, nomeadamente a Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, através da criação do programa-tipo de vigilância de saúde

estabelece a periodicidade em que devem ocorrer as vigilâncias, bem como os parâmetros a avaliar em cada consulta e os devidos cuidados antecipatórios.

- Apenas 93% das crianças têm plano de vacinação atualizado, quando o preconizado pela Direção Geral de Saúde é 95%, para que se consiga o efeito de cobertura de imunidade de grupo.
- 21% das crianças nasceram com baixo peso ou seja peso inferior a 2,5 kg. Ora, como nos refere Thompsn (1996), e que é reiterado pela OMS, quanto mais baixo é o peso à nascença, maiores são os riscos de vida no parto e no pós-parto
- 14% das crianças foram prematuros, ora a prematuridade é segundo a OMS citada por Wyly (1995), é um indicador de saúde que revela o estilo de vida da mãe e os cuidados de saúde durante a gestação. Sendo que a incidência de prematuridade é mais baixa nas mulheres cuja gravidez foi seguida desde cedo e que apresentam um padrão alimentar adequado e saudável. Por outro lado sabe-se que a prematuridade é um fator de risco, pois estas crianças estão mais suscetíveis a complicações neonatais.
- Apenas 43% das crianças deste grupo mantiveram aleitamento materno e destas só o foram apenas até aos 3 meses de idade. O preconizado pela OMS é que o aleitamento materno se faça até aos 6 meses em exclusivo, pois o aleitamento materno é um importante determinante de saúde para os bebés, dado que lhe confere defesas contra doenças e alergias, contribuindo para um correto alinhamento dos dentes, bem como promove a vinculação entre a díade mãe / filho. Ainda de referir a importância do aleitamento materno para a mãe pois proporciona uma mais rápida involução uterina e confere proteção contra a osteoporose e cancro da mama e útero, traduzindo-se desta forma numa mais-valia para a saúde materna.
- 42% das crianças não ingerem qualquer alimento ao meio da manhã e 58% das crianças também não ingerem nada à ceia. Estes dados documentam a falta de bons hábitos alimentares que existe, não fracionando as refeições de forma adequada.

- 3,1 horas é o tempo médio que as crianças veem televisão por dia, sendo que o valor mais elevado de horas de televisão assistido é de 5 horas por dia, o que é revelador de estilos de vida desadequados.
- 9,9 horas são a média de horas que estas crianças dormem por noite, o que é considerado pouco para esta faixa etária. Ainda relativamente aos hábitos de sono verificou-se pela análise que 64% das crianças dormem com pais ou avós, o que não é considerado adequado, pois devem habituar-se a dormir sozinhas ou eventualmente com irmãos.
- Apenas 57% toma banho diário e só 14% das crianças lavam os dentes pelo menos 3 vezes ao dia. Estes são valores indicativos de deficientes hábitos de higiene corporais e oral, o que contraria o programa-tipo de atuação em saúde infantil e juvenil. Neste documento é também definido as regras para transporte de crianças desde a alta da maternidade até aos 12 anos de idade, ora verificou-se que há crianças que são transportadas sem o uso de qualquer sistema de retenção, vulgo cadeirinhas.

A reflexão sobre o diagnóstico de saúde a que tivemos acesso, nomeadamente sobre os dados que resumidamente apresentámos, ajudou-nos a suportar a decisão de intervirmos, identificando como problema a **iliteracia em saúde** mais concretamente em cuidados parentais, propondo-nos a desenvolver um projeto de educação para a saúde de âmbito social, mais especificamente de educação parental a implementar junto dos pais / responsáveis legais de crianças residentes no Bairro Municipal de Porches, de forma a podermos colmatar esta problema.

Em simultâneo, ocorreu o apelo formal para intervenção aos serviços de saúde. Foi solicitado que, junto dos pais / responsáveis legais de crianças moradoras num bairro com grande vulnerabilidade social, fossem desenvolvidas ações de educação para a saúde abordando as mais variadas temáticas, uma vez que contactam diariamente com crianças que de alguma forma estão sujeitas a cuidados deficitários quer por omissão quer por incapacitação por parte dos pais / responsáveis legais. Este pedido veio como que reforçar a necessidade da intervenção, identificada através do diagnóstico de saúde.

1.2 - JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

O empoderamento e a capacitação em saúde, são cada vez mais, objetivos a atingir e a ter em conta quando se pensa em planear e intervir ao nível da saúde e ao nível social.

Promover um bom início de vida implicando o suporte dos pais e das crianças pequenas está incluído no documento “Saúde 21”, assinado por todos os estados membros da Organização Mundial de Saúde europeia. Este documento refere na meta nº3, que se intitula, **Início de Vida Saudável**, que “O investimento precoce na saúde é compensado mais tarde, ao longo da vida” (Organização Mundial de Saúde, 1998), diz-nos ainda que

“devem, pois, ser implementadas políticas que contribuam para uma família capaz de apoiar, com crianças desejadas e boa capacidade parental. Os pais necessitam de meios para educar os filhos e tomar conta deles num meio social que proteja os direitos das crianças e as comunidades locais têm de dar apoio às famílias, proporcionando-lhes um ambiente seguro e estimulante e instituições que cuidem e promovam a saúde das crianças. O pessoal dos serviços sociais e de saúde precisam de ter uma preparação que lhes permita reconhecer e tratar os casos de abuso infantil.” (p.13).

No relatório comissariado por Paulo Sérgio Pinheiro em 2006, é descrito que a violência contra as crianças não é verdadeiramente visível ao nível mundial porque há poucos estudos que a documentem, de forma objetiva e precisa. No entanto ela existe em todos os contextos de vida das crianças. Através destas conclusões, o mesmo relatório recomenda que se tome em atenção papel inquestionável da família no cuidado e desenvolvimento das crianças, além de que os Estados devem apoiar os pais no exercício dos seus papéis parentais, onde é destacado a importância de programas de educação parental (Abreu-Lima, Alarcão, Almeida, Brandão, Cruz, Gaspar & Santos, 2010).

Em Portugal e através do preconizado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) mais concretamente na Base II alínea h) era já incentivada a educação para a saúde das populações, de uma forma genérica, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a alteração dos comportamentos nocivos á saúde.

Através do preconizado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (2004), Portugal definiu como estratégias gerais, a prioridade aos mais pobres e a necessidade de reduzir as desigualdades em saúde com ações dirigidas a grupos vulneráveis, sendo que através das estratégias para obter mais saúde para todos, nos aponta logo em primeiro lugar a família como um *setting* a privilegiar, na etapa - Crescer em Segurança.

Se olharmos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, apesar de ainda se encontrar em fase de discussão, é-nos possível constatar que assenta em 4 eixos estratégicos, sendo a acessibilidade e a redução das desigualdades em saúde um deles. Como acessibilidade deve entender-se a “obtenção de cuidados necessários e adequados, de forma adequada e atempada” (Plano Nacional de Saúde 2011-2016, recuperado em 2012), logo tal deve refletir-se na organização das estruturas e nas redes de prestação de serviços bem como nas mudanças culturais dos cuidados de saúde, que como nos referem devem reforçar:

- A primazia dos cuidados primários, como cuidados de proximidade, continuidade e transversalidade.

- A orientação do Sistema de Saúde para a pessoa e para **a família**, privilegiando aspetos de continuidade, compreensibilidade, longitudinal idade e integração de cuidados.

- A maior proximidade para com os cidadãos vulneráveis ou com dificuldades especiais de acesso.

Também o Programa Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil (2005), já referia que “o aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la.” (p. 5).

Como linhas-mestras deste programa são apontadas não só a vigilância da saúde através do cumprimento do calendário de consultas e da vacinação preconizados, como também a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente no facultar aos pais os conhecimentos necessários para o melhor desempenho da sua função parental e o apoio à responsabilização progressiva e autodeterminação em questões de saúde das crianças e jovens.

O mesmo Programa apresenta-nos ainda como aspetos prioritários o apoio às crianças com necessidades especiais, em situações de risco ou especialmente vulneráveis, bem como a importância de reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados.

Ao nível regional a educação parental é também uma preocupação real, tendo a Administração Regional de Saúde do Algarve iniciado em Setembro de 2007,

conjuntamente com outros serviços públicos de saúde no Algarve, o programa “Uma Janela Aberta à Família”, partindo do pressuposto simples de que é a família o primeiro grande suporte efetivo e de aprendizagem social da criança. Desta forma os pais ao efetuarem a sua inscrição eletrónica, através do site disponibilizado, passam a receber periodicamente um boletim com informações adaptadas à idade da criança. É objetivo deste projeto a prevenção no âmbito da saúde e dos comportamentos psicológicos desviantes juvenis, e que esta se estenda sobretudo à raiz do problema o mais precocemente possível.

Ao nível mais local, ou seja, no Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, através das Linhas Estratégicas (2010) também a parentalidade é um foco de atenção e aposta, tendo sido traçado como objetivo estratégico - dinamizar e reforçar as ações de prevenção da doença e promoção da saúde em parceria com a comunidade, e identificada como uma área de intervenção a parentalidade responsável, apontando especificamente a intervenção no âmbito familiar como uma das atividades a desenvolver. Assim e neste contexto, o Plano de Ação apresentado pela Unidade Cuidados na Comunidade D’Alagoa (2011), ao contemplar na sua carteira de programas o Programa de Preparação para a Parentalidade, do qual este projeto “Bem Nascer, Melhor Crescer” faz parte, está ativamente a dar resposta a esta área de intervenção, contribuindo para a formação, apoio e capacitação dos pais / representantes legais no sentido de darem respostas adequadas para assegurarem a promoção dos direitos das suas crianças e a sua adequada proteção.

A promoção da saúde é uma das responsabilidades dos enfermeiros para com a comunidade. Diz o Código Deontológico para Enfermeiros, sobre o dever para com a comunidade o que de resto já foi referido anteriormente, que o enfermeiro assume o dever de “Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas detectados” (Alínea b) do artigo 80.º do Decreto-Lei n.º 104/98, 1998, p.1754), mas acrescenta ainda que este tem ainda o dever e de “Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.” (Alínea c) do artigo 80.º do Decreto-Lei n.º 104/98, 1998, p.1754). Refere ainda sobre valores humanos (alínea b) do artigo 81º) que o enfermeiro assume o dever de “Salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso.

Temos ainda presente que como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária que somos a participação em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigidos a grupos com maior vulnerabilidade, é uma das competências que nos é exigida, bem como o conceber, planear e implementar programas e projetos de

intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e ou comunidades. Deste modo o projeto de intervenção em saúde comunitária “Bem Nascer, Melhor Crescer” parece configurar uma resposta adequada ao problema, dando resposta às necessidades de literacia em saúde em cuidados parentais.

1.3 - QUADRO DE REFERÊNCIA / FUNDAMENTAÇÃO

Para a conceção deste projeto houve a necessidade de se realizar um estudo de abordagem reflexiva baseado no tema educação parental em contexto comunitário, tendo como finalidade a reflexão sobre o fenómeno em estudo. Efetuou-se uma revisão bibliográfica, de forma a clarificar a legitimidade dos conceitos subjacentes á temática em estudo, tais como, família e parentalidade, através da sua conceptualização e evolução ao longo da história, passando aos conceitos de promoção da saúde, educação para a saúde, terminando-se com a reflexão sobre a educação parental em contexto de intervenção comunitária.

1.3.1 - Da família á parentalidade

As mudanças ao nível social têm sido imensas, com consequentes implicações ao nível familiar, o que por sua vez influencia diretamente o desenvolvimento e o equilíbrio das crianças e jovens no seio das suas famílias. Todas estas alterações têm vindo a ser alvo de interesse crescente quer ao nível internacional quer a nível nacional.

Como nos refere Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro & Gomes (2007), aproximadamente até ao século XVIII a infância não era considerada uma fase com características próprias e as crianças são vistas como adultos em miniatura. John Locke, filósofo inglês, no final do século XVII defende que a criança nasce como uma “tábua rasa”, sobre a qual o meio externo “regista” tudo o que a criança vivencia. Avançando para o século XIX, Charles Darwin, através da perspetiva evolucionista debruça-se sobre o estudo da infância, passando a atribuir-se a esta etapa do desenvolvimento humano um significado cada vez mais importante. Sabe-se hoje que

o contributo da infância no ciclo do desenvolvimento do individuo é fundamental pois as aquisições que são feitas são, por assim dizer, o alicerce quer ao nível físico como também ao nível cognitivo e social.

A criança passa a assumir um novo papel na família e na sociedade, que se reflete nas responsabilidades sociais relativamente a esta etapa da infância, nomeadamente com aparecimento de jardins-de-infância e instituições de acolhimento infantil.

Em qualquer fase do desenvolvimento infantil, cada aquisição está assente em experiências que vão condicionar a aquisição e o desenvolvimento de estruturas posteriores, tendo na base deste processo fatores genéticos e ambientais tais como a nutrição, atenção, cuidados de saúde prestados ao bebé, que têm por sua vez um papel determinante no seu desenvolvimento. A título de exemplo Tavares et al (2007), apontam para o facto de uma alimentação desequilibrada nos primeiros anos de vida poder provocar um atraso significativo no crescimento e no desenvolvimento do sistema nervoso central. Sendo o sistema sensorial e preceptivo também condicionado pela interação entre maturação e os fatores ambientais.

Desta forma podemos afirmar que a infância é uma fase fundamental do desenvolvimento do individuo caracterizada por imensas aquisições e mudanças, tanto ao nível físico como psicológico e social. A criança passa assim a ocupar um papel indispensável na família, logo para podermos falar de parentalidade temos, antes de mais de falar em família. A **família** constitui a instituição social mais antiga, sofrendo ao longo dos séculos profundas transformações, quer na sua constituição, quer na sua estrutura, para que pudesse assegurar a continuidade e o desenvolvimento dos seus membros e a sua sobrevivência como sistema familiar. A família realça-se como o núcleo social mais importante que integra a estrutura do Estado, pois antecede nas suas origens o próprio Estado, dado que como instituição natural ela nasce com o homem. Os povos mais antigos, antes de se organizarem politicamente através do Estado, viveram socialmente em famílias (Varela, 1993).

A Organização Mundial de Saúde em 1994 declarou que família é “qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e com um destino comum” assim o conceito de família não pode limitar-se a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção (Ordem Enfermeiros, 2011).

Johnson (citado por Stanhope & Lancaster (1999), diz-nos que

a família é composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com outros certas obrigações. (p.493)

Vários são os conceitos e consideráveis são também as mudanças que o conceito de família tem vindo a sofrer, no entanto ela representa a unidade de conduta social mais significativa da sociedade, podendo afirmar-se que a família assenta basicamente no conjunto de relações e interações que os seus elementos estabelecem tanto entre si, como também com o meio onde se encontram.

O Conselho Internacional dos Enfermeiros (2006) através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE), diz-nos que a família é um

grupo com as características específicas: grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo. (p. 171)

Denota-se, com esta definição, uma abrangência do conceito de família, a qual acompanha a evolução verificada nas sociedades.

Apesar do aumento da diversidade de interações conjugais no contexto sociocultural atual, a família continua a desempenhar um papel fundamental e a ser a unidade básica em que o indivíduo se desenvolve e socializa, constituindo o primeiro veículo da sua integração na sociedade. É indiscutível a influência que a família exerce sobre aqueles que dela fazem parte, condicionando o seu desenvolvimento e a personalidade de cada indivíduo. Maccoby (citado em Melo, 2004) considera que em todas as sociedades a família é considerada o elemento central no processo de socialização da criança.

Desta forma a família assume um carácter essencial pois é ela que deverá oferecer um ambiente estável, que deverá transmitir segurança, para proporcionar um crescimento equilibrado. Uma sociedade de famílias desestruturadas começa a produzir crianças problemáticas, logo o exercício da **parentalidade** torna-se crucial no desenvolvimento da criança.

O termo parentalidade deriva da palavra latina *parental*, ou seja o que é relativo a pai e mãe (Infopédia, 2011). Para Ausloos (2003) a parentalidade estabelece-se entre pais e filhos marcando o ciclo de vida da família, sendo um processo universal, uma vez que todas as famílias vivenciam o processo de parentalidade.

Tornar-se pai ou mãe exige uma transição para novos papéis e responsabilidades, assim a parentalidade é um processo que torna um sujeito pai ou mãe. Este é um dos temas alvo de grande atenção dos mais variados sectores da sociedade, da justiça à ação social, da educação à saúde, constituindo também ela um foco de enfermagem

O Conselho Internacional de Enfermeiras (2006) diz-nos que parentalidade é a

acção de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos do papel parental adequados ou inadequados. (p.43)

A este respeito, para Coutinho (2011), as pessoas mais importantes na vida da criança são os pais, pois como refere, são estes que devem proporcionar um ambiente estável, contentor e de compreensão. São os pais que devem estabelecer as regras, que deverão ser claras e que devem estabelecer limites que deverão ser firmes, em simultâneo devem proporcionar oportunidades de crescimento. As atitudes dos pais devem ainda contribuir para reforçar a autoestima dos filhos e prepararem-no para enfrentar as dificuldades com que se vão deparar ao longo do seu desenvolvimento, com tranquilidade. Ainda segundo Coutinho (2011), a autoridade é essencial para o desenvolvimento saudável da criança, e não deve ser confundida com autoritarismo, e as regras devem ser adaptadas ao longo do ciclo de desenvolvimento e ao crescimento do ciclo vital da família, pois são fundamentais para balizarem os comportamentos, devendo ser adequadas.

É pois fácil perceber que o exercício da parentalidade interfere diretamente ao nível da promoção da saúde e do bem-estar da criança. Parke e Buriel (citados em Cruz, 2005) atribuem à parentalidade as funções de: - satisfazer as necessidades mais básicas; - disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível; - necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra familiares; - satisfazer as necessidades de afeto, confiança e segurança; - satisfazer as necessidades de interação social da criança.

Para além destas funções, os pais devem também desempenhar papéis diversos entre eles, como sejam o de parceiros de interação, instrutores diretos e na preparação e disponibilização de oportunidades de estímulo e aprendizagem. Torna-se pois fácil perceber que a parentalidade consiste não só numa tarefa, mas também numa relação que se estabelece, se desenvolve e transforma consoante o desenvolvimento dos seus membros. É desta interação que se recebem os contributos indispensáveis ao desenvolvimento e autonomia, que podem ser ou não promotores de saúde. Para que a parentalidade seja exercida de forma plena é, como nos diz Sampaio (2011), fundamental que as comunidades se preocupem com a parentalidade e forneçam aos casais condições mínimas para a exercer.

1.3.2 Promoção da saúde e educação para saúde

Durante os últimos séculos, temos vindo a assistir a várias revoluções no conceito de saúde, na Grécia Antiga, eram a totalidade das forças ambientais, incluindo os hábitos de vida, o clima e a qualidade do ar, da água e da comida, que influenciavam a situação de bem-estar humano. Podemos referir como exemplo, que na literatura grega a deusa Hygeia representava a crença de que os humanos poderiam permanecer saudáveis se vivessem racionalmente. Avançando no tempo, e durante o século XVIII assiste-se à oposição às descobertas científicas, como a teoria microbiana da doença e o princípio da assepsia, provocando o atraso no aparecimento medicina científica, logo a prática médica foi como que impedida durante este período. Na primeira metade do séc. XX, assiste-se ao emergir do poder da ciência médica ocorrendo uma outra revolução, através o desenvolvimento da orientação científica e biológica relativamente à doença, onde o autocuidado é por assim dizer desvalorizado em favor do cuidado profissional.

Na segunda metade do séc. XX começa-se a assistir novamente ao ideal de auto cuidado, considerando-se que as pessoas produzem saúde pelo que fazem, e onde a colaboração entre os consumidores e os prestadores é necessária bem como a renegociação do papel do profissional nos cuidados de saúde. Ocorre então uma nova revolução da saúde, onde o “comportamento” é entendido como a grande epidemia do século XX, este paradigma, vem centrar-se na saúde ao contrário das doenças preconizando o regresso a uma perspetiva ecológica, o que traz consigo dois conceitos fundamentais, que são Estilo de Vida e Promoção da Saúde.

Desta forma a saúde não pode ser vista como um fim em si mesmo, mas antes um recurso para a vida, proteger e promover a saúde de cada indivíduo e da sociedade como um todo é uma tarefa difícil, que não pode ficar apenas dependente do trabalho dos profissionais de saúde.

Com a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986, ficou definido **promoção da saúde** como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Carta de Ottawa, 1986, p.1). São ainda definidas cinco áreas de ação para promover a saúde, tais como: Construir políticas públicas saudáveis; Criar ambientes de suporte à saúde; Reforçar a ação comunitária; Desenvolver capacidades pessoais e Reorientar os serviços de saúde. É notória a importância que é atribuída ao empoderamento dos

indivíduos e da comunidade, mas também que os recursos da comunidade devem articular-se e trabalhar em parceria, ao nível da promoção da saúde. Já em 1978, aquando da Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde, reconhecia a desigualdade existente no estado de saúde entre os vários países, mostrando a necessidade especial de promover e proteger a saúde, evidenciando e sugerindo o empoderamento como um componente necessário dos cuidados de saúde primários (Laverack, 2004).

Dias, Duque, Silva & Durá (2004), referem-nos que o conceito de Promoção da Saúde é um conceito relacionado com a saúde, logo mais amplo do que o da prevenção, uma vez que implica não só proteção e a manutenção da saúde mas também a sua promoção, efetuado através da adoção de comportamentos saudáveis e também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas. Desta forma, saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não simplesmente como objetivo de viver, entendendo-se saúde como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais bem como as capacidades físicas a fim de promover a saúde de cada um. Uma vez que esta não é uma tarefa fácil, obviamente não pode ficar apenas dependente do trabalho dos profissionais de saúde, criando a necessidade da envolvimento e responsabilidade pessoal.

Um componente básico na promoção da saúde é a **educação para a saúde**, definida já em 1969 pela Organização Mundial da Saúde, citada por Dias et al. (2004) como

uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde. (p. 463)

A educação para a saúde é pois, uma comprovada estratégia de atuação, um instrumento por excelência para alcançar os objetivos da promoção da saúde. As políticas de promoção da saúde envolvem por isso a implementação estratégica de programas de educação para a saúde.

Spacapan e Oskamp (citados em Dias et al., 2004), dizem-nos que “as estratégias de educação para a saúde podem desenvolver-se de acordo com distintos níveis de atuação individual, grupal ou comunitário e incluem, desde campanhas nos meios de comunicação social, até intervenções diretas e pessoais” (p.466).

A educação para a saúde é fundamental na prática diária dos enfermeiros. A promoção, manutenção e restabelecimento da saúde requer que o indivíduo, a família, a comunidade tenham conhecimentos relacionados com a sua saúde, possibilitando

desta forma que tomem decisões mais conscientes e lidem de forma mais eficaz com a saúde e estilos de vida, assumindo uma maior responsabilidade pessoal. Numa era de crescimento de custos da saúde, como a atual, o aumento da colaboração entre prestadores de serviços de saúde e consumidores é cada vez mais encorajada bem como a necessária partilha de responsabilidades.

Ao proceder-se à educação pretende-se aumentar as capacidades do indivíduo, assim sendo devemos ter sempre presente que devido à aprendizagem estar centrada na capacidade do ser humano para se adaptar, educação não pode ser entendida simplesmente como fornecer informação, pois através da informação veiculam-se apenas conceitos. Para Stanhope & Lancaster (1999), “aprendizagem inclui uma mudança mensurável no comportamento, que persiste ao longo do tempo” (p.266), assim sendo e como nos refere Redman (2003) “o ensino é o arranjo deliberado de condições para promover o alcance de alguma meta intencional” (p.3).

A prática de educação para a saúde baseia-se num conjunto de teorias, e em competências que devem ser aprendidas e praticadas. Segundo Driscoll & Edwards (citados em Stanhope & Lancaster, 1999), “existem três modelos conceptuais que organizam globalmente ideias e simplificam sistemas complexos em esquemas sucintos” (p.266), sendo eles: o modelo, que designam de Precede-Proced, que focaliza em primeiro lugar a planificação e avaliação dos programas de educação para a saúde da comunidade; o modelo Saúde-Crença, utilizado na organização de informação das opiniões dos utentes sobre o seu estado de saúde e que fatores os poderão influenciar para mudarem o seu comportamento, ou seja identificar as crenças específicas, os comportamentos ou fatores culturais que devem ser alterados para mudar o comportamento e ainda o modelo de Promoção da Saúde, que se desenvolveu como complemento de outros modelos de proteção de saúde. Este modelo é útil como estrutura para avaliação do utente, pressupondo que os indivíduos possam alterar também o seu comportamento para se sentirem melhor não só física mas também psicológica, social e espiritualmente.

Cabe-nos pois selecionar o modelo mais apropriado para os programas de educação a comunidades, famílias ou indivíduos, para o desenvolvimento de competências que conduzam à capacitação e adoção de estilos de vida saudáveis. Uma vez que ao longo do ciclo vital o indivíduo é fundamental que a educação para a saúde esteja presente durante toda a vida.

Relativamente aos objetivos da educação para a saúde eles passam por, fazer compreender que a saúde é uma responsabilidade partilhada, ou seja aberta á

participação coletiva na procura de soluções; dar a conhecer a influência dos estilos de vida na saúde; proporcionar conhecimentos e potenciar atitudes que capacitem para a promoção e manutenção da saúde, bem como promover uma mentalidade crítica a fim de identificar e eliminar os riscos para a saúde.

1.3.3 - Educação parental em intervenção comunitária

O interesse na educação parental é ainda relativamente recente, contudo já na transição do século XIX para o século XX no Norte da América se assiste ao aparecimento de diversas organizações relacionadas com a parentalidade, o que constituiu por assim dizer o embrião da educação parental. Contudo só a partir dos anos 60, a educação parental se tornou numa área importante nos Estados Unidos, passando a merecer o apoio do governo e começando a ser olhada como uma estratégia de intervenção (Ribeiro, 2003).

A educação parental, à imagem da educação para a saúde surge como estratégia de intervenção junto das famílias, ao nível da intervenção na parentalidade, que deve ter como meta a promoção da autonomia das famílias e dos seus membros, sendo o seu grande objetivo a capacitação dos pais.

De referir que se antes a parentalidade era vista como mais uma tarefa associada à idade adulta, nas últimas décadas tem-se transformado, revestindo-se de um especial interesse e mesmo de objeto de investigação, não só pelas suas especificidades mas também pela sua real complexidade. A educação parental surge então como forma de apoio aos pais para que possam desenvolver as suas competências parentais de forma adequada e equilibrada.

Como já anteriormente vimos e como também nos refere Urra (2007) é a aprendizagem na família o que mais molda a personalidade da criança, através do que observa e do que experimenta.

Há então a necessidade de se criarem condições para que os pais ou seus substitutos encontrem apoios que lhes permitam um desempenho equilibrado. Schaefer e Briesmeister (citados em Ribeiro, 2003) dizem-nos que a educação parental tem como finalidade apoiar os pais, facultando-lhes informação de modo a permitir aprendizagem e consequentemente levar à modificação de comportamentos, promovendo assim as competências parentais.

Para Cruz e Pinho (2008), a educação parental tem como objetivo reforçar e desenvolver as competências parentais, num processo que vai sendo construído ao longo da intervenção, de forma a permitir um melhor e mais adequado desempenho das funções parentais. Mais do que fornecer informação, a educação parental deverá constituir um conjunto de intervenções que têm por base o contexto onde se desenvolvem e como principal objetivo a promoção da saúde e a prevenção de comportamentos de risco, bem como a autonomia dos familiares e dos seus membros.

A melhoria das capacidades educativas dos pais ou seus substitutos é um dos objetivos da educação parental, em casos mais graves pretende-se o corte na repetição de modelos violentos a que os pais foram sujeitos e que irão reproduzir se nenhuma intervenção acontecer. A este propósito Sampaio (2011), alerta-nos para a importância do apoio aos pais problemáticos nos primeiros anos de vida dos filhos, referindo que a educação parental deve estar na lista de prioridades, lançando mesmo o repto para que “todos os centros de saúde e gabinetes de ação social das autarquias deveriam (...) disponibilizar serviços de educação parental.”(p.127).

Contudo, o foco da capacitação parental deve incidir sobre as potencialidades das famílias, sobre os seus pontos fortes e não apenas no corrigir do que não é adequado, pois reportando-nos ao conceito de parentalidade positiva apontada pelo Conselho Europeu (citado em Lopes, Catarino & Dixe, 2010) todas as famílias têm um potencial natural e pluralista que deve constituir o ponto de partida para o trabalho em educação parental.

Para se poderem assegurar resultados efetivos e duradouros a intervenção deve ser uma intervenção próxima, continuada e articulada com a rede de recursos existentes na comunidade, denominando-se esta de intervenção comunitária, sendo uma intervenção integrada, onde o trabalho social realizado com as populações, tem por objetivo a resolução de problemas e a promoção das potencialidades de uma comunidade através de uma ação concertada entre vários agentes e a própria comunidade local.

Como nos refere Tricckett (citado em Carvalhosa, Domingos & Sequeira, 2010) “a intervenção comunitária destina-se a trabalhar em colaboração e parceria com as comunidades para abordar as preocupações locais ou esperanças de melhoria” (p. 479), desta forma nunca a intervenção comunitária poderá ser um trabalho isolado ou espontâneo, mas sim um trabalho de grupo, de rede devidamente delineado onde se fomenta um verdadeiro trabalho de equipa envolvendo as várias entidades da comunidade e a população alvo, de forma a se conseguir uma mudança. A base da

intervenção comunitária é essencialmente a capacitação dos indivíduos, apostando na formação, nos recursos e no acompanhamento dos mesmos. Com este tipo de intervenção pretende-se o empoderamento comunitário de forma que concorra para a promoção da saúde, mas certamente que o conceito de comunidade deve ser alvo de reflexão. Hawe (citada em Laverack, 2004), através da sua investigação sobre saúde comunitária, concluiu que devem ser consideradas três abordagens de comunidade diferentes, uma primeira encarada como população, homens, mulheres e crianças ou seja uma abordagem demográfica, uma segunda vista como um conjunto de escolas, de locais de trabalho, isto é uma abordagem geográfica, e ainda uma terceira que denomina como a capacidade que a comunidade tem para trabalhar na identificação e resolução dos problemas dentro da própria comunidade.

Neste contexto Laverack (2004), refere que existem duas abordagens para a elaboração de programas de promoção da saúde ao nível do empoderamento comunitário, sendo elas as abordagens descendentes e ascendentes, as primeiras são os especialistas que decidem o que é melhor para as comunidades, sendo por assim dizer a abordagem utilizada nas programações de intervenções nos dois primeiros tipos de interpretação de comunidade de Hawe, enquanto nas abordagens ascendentes as comunidades e os especialistas trabalham em conjunto sobre os aspetos que ambos consideram importantes, apoiando-se no empoderamento, na capacitação sendo por assim dizer a mais indicada para este tipo de intervenção comunitária. No reforço desta ideia Laverack e Labonte (citados em Carvalhosa et al, 2010), dizem-nos que a abordagem ascendente

“é aquela que mais se adequa aos programas de intervenção comunitária, uma vez que se procura apoiar a comunidade na identificação de questões que são importantes e relevantes para suas vidas, e permitir-lhes desenvolver estratégias para a resolução dessas questões” (p. 480)

Trabalhar em educação parental implica estratégias de intervenção que podem ser variadas, contudo há aspetos que têm que necessariamente de estar presentes, como nos resume Martins (2011), denominando-os de segredos da educação parental, sendo eles: - confiança e privacidade, para que a reflexão sobre as práticas parentais possa surgir; - co construção, sendo um processo construído conjuntamente com a família; - responsabilidade, motivando-os para os responsabilizar; - capacitação, transformando angústias em soluções; - autonomia, devendo ser esta a meta da educação parental; - diversidade, uma vez que os fatores de risco são múltiplos deve estar-se atento para que se possam anular; - especialização, para que a intervenção seja eficiente e eficaz indo ao encontro de objetivos claros; - o papel do género, ou seja a equipa de técnicos deve ser constituída por mulheres e homens, para potenciar

a adesão dos pais e cuidadores; - intervenção integrada, articulação com a rede de recursos da comunidade; - privilegiar a intervenção em grupo, sendo útil poder reunir vários discursos; - valorização da rede social, promovendo redes formais e informais de apoio.

1.4 - OBJECTIVOS

Optou-se por trabalhar esta área, uma vez que esta é considerada vital, sabendo que a família é a estrutura fundamental de qualquer sociedade, sendo a primeira comunidade em que o indivíduo se insere e nela que recebe contributos indispensáveis ao seu desenvolvimento e autonomia, que podem ser ou não promotores de saúde.

Os pais / responsáveis legais ao serem elementos essenciais na formação dos filhos e no seu desenvolvimento equilibrado tornam-se um foco de atenção dos mais variados sectores da sociedade, da saúde à educação, da justiça à ação social, onde todos deverão estar tentos às necessidades das crianças e ao desempenho dos pais, ao qual é essencial prestar apoio.

Foi definido como objetivo geral deste projeto de intervenção em saúde comunitária:

➤ **Promover a literacia em saúde** mais especificamente em cuidados parentais, através da implementação do projeto “Bem Nascer, Melhor Crescer” originando ganhos em saúde.

No que aos objetivos específicos diz respeito foi delineado:

- Promover a parentalidade responsável;
- Otimizar as competências parentais para uma parentalidade positiva e segura;
- Prevenir maus tratos, abusos e negligência na infância.

1.5 - DESENHO DO PROJECTO

Considerando a problemática e o conhecimento que temos do contexto onde se insere o projeto de intervenção em saúde comunitária, procedemos à elaboração do desenho do projeto, ou seja ao delinear das várias etapas que o compõem como sejam a viabilidade, esta caracteriza-se pela identificação das necessidades, passando pelo planeamento, a execução e controlo das atividades com vista o atingir os objetivos delineados, sendo que os objetivos e funções de um projeto são distintos dos objetivos e funções do seu produto.

Assim para a identificação das necessidades temos que primeiramente proceder ao diagnóstico da situação, para posteriormente definir prioridades e seguidamente estabelecer o âmbito, traçar os indicadores e delinear metas. Apresentaremos ainda a estrutura do projeto (Work Breakdown Structure), entidades envolvidas, o orçamento, na etapa da execução definimos o cronograma de atividades com respetivo plano de formação e por último os resultados esperados integrarão a avaliação.

1.5.1 - Diagnóstico de saúde

Em planeamento em saúde a anteceder qualquer intervenção tem que existir um diagnóstico da situação, que seja fiável e atualizado, pois se assim não for, o resultado da intervenção pode ser desadequado ou insuficiente. Esta etapa é uma etapa que Imperatori & Giraldes (1993), chamam de dinâmica, ou seja do correto diagnóstico, resulta um delinear de intervenção adequado, sendo que a etapa de avaliação se irá ligar a um diagnóstico futuro, conduzindo a um conhecimento cada vez melhor da situação. O diagnóstico é por assim dizer o ponto de partida ao qual iremos regressar para se medir a melhoria obtida.

Dado que o Bairro Municipal de Porches estava a ser alvo de estudo que resultou no diagnóstico de saúde em Junho de 2011, o qual como já referido anteriormente acompanhamos de perto, tínhamos por assim dizer esta etapa realizada, permitindo-nos otimizar recursos e tempo, sendo um diagnóstico atualizado e fiável, procedeu-se de imediato à sua consulta e à reflexão sobre o mesmo. Os dados referentes ao diagnóstico de saúde, seguidamente enumerados, já foram apresentados e

devidamente contextualizados no subcapítulo denominado de enquadramento do problema de saúde, do presente documento.

- Apenas 14% das crianças realizaram a 1ª consulta nos primeiros 28 dias de vida.
- Só 68% das crianças cumpriram o plano de consultas preconizado para a vigilância adequada nesta faixa etária.
- Apenas 93% das crianças têm plano de vacinação atualizado.
- 21% das crianças nasceram com baixo peso ou seja peso inferior a 2,5 kg.
- 14% das crianças foram prematuros.
- Apenas 43% das crianças deste grupo mantiveram aleitamento materno e só até aos 3 meses de idade.
- 42% das crianças não ingerem qualquer alimento ao meio da manhã e 58% das crianças também não ingerem nada à ceia.
- 3,1 horas é o tempo médio que as crianças veem televisão por dia, sendo que o valor mais elevado de horas de televisão assistido é de 5 horas por dia.
- 9,9 horas são a média de horas que estas crianças dormem por noite.
- 64% das crianças dormem com pais ou avós.
- Apenas 57% toma banho diário e só 14% das crianças lavam os dentes pelo menos 3 vezes ao dia.
- Verificou-se que há crianças que são transportadas sem o uso de qualquer sistema de retenção, vulgo cadeirinhas.

1.5.2 - Definição de prioridades

Como nos referem Imperatori & Giraldes (1993), após o diagnóstico da população devem ser selecionados os problemas considerados mais relevantes e definir as prioridades de atuação, para tal enumeram alguns critérios de hierarquização dos problemas a utilizar de forma a rentabilizar os recursos existentes e a eliminar a subjetividade na sua seleção, sendo eles a **magnitude do problema**, a **transcendência** e a sua **vulnerabilidade**.

Assim a magnitude do problema com que nos deparámos relaciona-se, não só com o tamanho mas essencialmente com a importância do mesmo, pois a literacia em saúde condiciona as escolhas, os comportamentos, as decisões das pessoas no seu dia-a-dia, tendo um forte impacto na saúde de cada indivíduo. Relativamente ao segundo aspeto, ou seja a transcendência, que diz respeito à importância segundo o grupo etário alvo a que se dirige, ora o nosso grupo alvo embora sejam os pais / responsáveis legais são eles os cuidadores das crianças, traduzindo-se de imediato numa área prioritária de intervenção, pois como nos é referido pela Direção Geral da Saúde (2005) “as crianças constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde.” (p. 6)

No que à vulnerabilidade diz respeito, que está relacionada com a possibilidade de prevenção, todas as ações de vigilância no sentido da promoção e manutenção da saúde e da prevenção da doença, assumem um papel de especial relevo ao nível da saúde infantil, onde a valorização dos cuidados antecipatórios, nomeadamente no facultar aos pais os conhecimentos necessários para o melhor desempenho da sua função parental são fundamentais (Direção Geral da Saúde, 2005).

1.5.3 - Âmbito

A definição do âmbito de um projeto é uma etapa muito importante depois de realizado o diagnóstico, há a necessidade de definir o espaço e o tempo em que vai ser realizada a intervenção. Na definição do campo de intervenção é necessário ponderar a sua dimensão, é através do estabelecimento correto do âmbito que se evitam atrasos e incorreções, devendo estabelecer-se por isso muito bem a que é que se quer dar resposta.

Desta forma este projeto é um projeto de intervenção em saúde comunitária, ao nível da educação para a saúde, mais concretamente na área da educação parental, sendo a sua intervenção direcionada para bairros ou grupos vulneráveis. Neste especificamente pretende-se intervir no Bairro Municipal de Porches.

1.5.4 - Objetivos, indicadores e metas

Após a elaboração do diagnóstico da situação e eleito o problema sobre o qual é necessário intervir, é então necessário definir objetivos a alcançar, num determinado intervalo de tempo.

Um objetivo é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto. Uma meta é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade. (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 80).

Relativamente aos indicadores e ainda segundo os mesmos autores eles dividem-se em indicadores de impacto ou resultado e em indicadores de execução ou atividade.

Quando pretendemos melhorar cada um dos indicadores e definimos quantitativamente essa melhoria estamos a falar de Metas. Os mesmos autores, referem que essa meta não pode consistir num valor que surge ao acaso, enumerando como um passo importante a identificação da tendência que esse indicador tem vindo a ter na população. A Tendência do Indicador pressupõe a existência de dados (por exemplo através de diagnósticos de saúde) anteriores, projetando-se a relação passado / presente, para o presente / futuro. No caso concreto do nosso projeto, não dispomos de dados anteriores, porque até agora os pais / responsáveis legais não foram alvo de estratégias de intervenção pela UCC D'Alagoa. Desta forma, não nos é possível calcular o índice de justificação do projeto baseado na relação custo-benefício, pois desconhece-se a tendência. No entanto, e apesar de não nos ser possível conhecer a tendência, equacionamos as seguintes metas para cada indicador escolhido.

Quadro nº 3 Objetivos, indicadores e metas

Objetivo	Indicadores	Meta
Promover a literacia em saúde mais especificamente em cuidados parentais, através da implementação do projeto “Bem Nascer,	Nº total de parcerias estabelecidas / Nº total de parcerias planeadas * 100	90 % Dez 2012
	Nº total de sessões de educação para a saúde	90 % Dez 2012

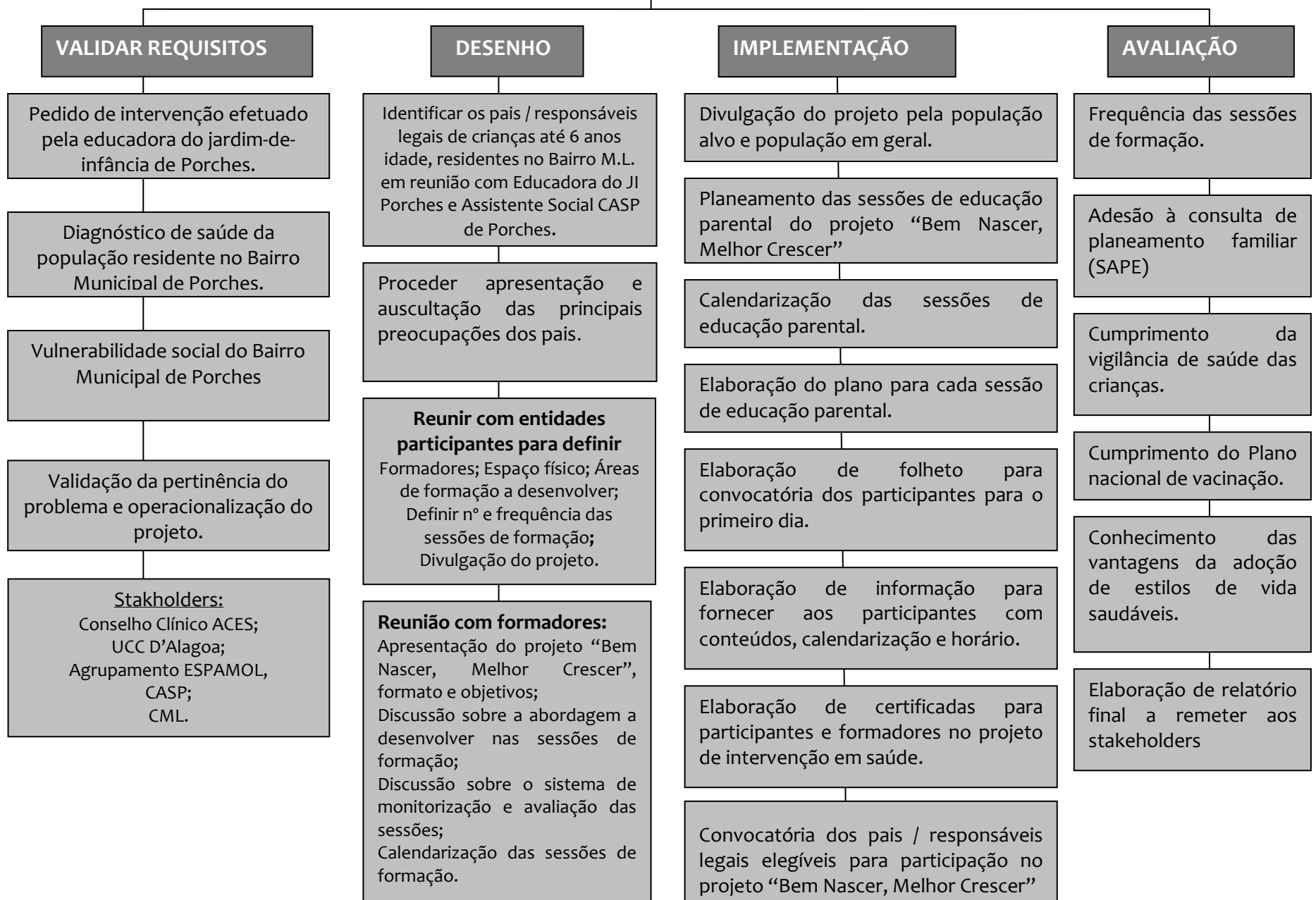
Melhor Crescer” originando ganhos em saúde.	realizadas / Nº total de sessões de educação para a saúde planeadas * 100	
	Nº total de pais / responsáveis legais que assistem por sessão educação para a saúde / Nº total de pais / responsáveis legais previstos por sessão educação para a saúde * 100	70 % Dez 2012
Promover a parentalidade responsável	Nº total de casais em idade fértil que tem vigilância por consulta de planeamento familiar efetuada / Nº total de casais em idade fértil * 100	70 % Dez 2012
	Nº total de pais / responsáveis legais com conhecimento demonstrado sobre cada um dos temas das sessões ^(*) / Nº total de pais / responsáveis legais que frequentaram as sessões * 100 ^(*) no total de 9 sessões	70% Dez 2012
Otimizar as competências parentais para uma parentalidade positiva e segura;	Nº total de pais / responsáveis legais com crianças com idade inferior aos 3 anos que frequentam as sessões de formação / Nº total de pais / responsáveis legais com crianças com idade inferior aos 3 anos * 100	80 % Dez 2012
	Nº total de pais / responsáveis legais que enumeram pelo menos três vantagens da adoção de hábitos de vida saudáveis / Nº total de pais / responsáveis legais que frequentaram as sessões de educação * 100	80 % Dez 2012
	Nº total de pais / responsáveis legais com conhecimento demonstrado sobre a importância de estabelecer regras e horários no desenvolvimento da criança / Nº total de pais / responsáveis legais * 100	70% Dez 2012
	Nº total de crianças que mantem aleitamento materno até aos 6 meses / Nº total de crianças * 100	30% Dez 2012

Prevenir maus tratos, abusos e negligência na infância.	Nº total de crianças com plano nacional de vacinação atualizado / Nº total de crianças * 100	95 % Dez 2012
	Nº total de crianças com plano de consultas recomendado cumprido / Nº total de crianças * 100	80% Dez 2012
	Nº total de crianças que utiliza sistemas de retenção nas deslocções de carro / Nº total de crianças * 100	90% Dez 2012
	Nº total de pais / responsáveis legais com conhecimento demonstrado sobre como atuar quando o bebê ou criança adoece / Nº total de pais / responsáveis legais * 100	90% Dez 2012

1.5.5 - Estrutura analítica do projeto (*Work Breakdown Structure - WBS*)

Neste capítulo é apresentada a estrutura analítica do projeto (WBS), que representa o âmbito total do projeto, através da desagregação dos vários elementos que o compõem.

WBS - Projeto de intervenção comunitária - “Bem Nascer, Melhor Crescer”



1.5.6 - Entidades / pessoas envolvidas no projeto (*stakeholders*)

O envolvimento com outras pessoas ou organizações incluem parcerias ou seja alianças para a saúde. Laverack (2004), refere-nos que as parcerias demonstram capacidade para trabalhar em rede em colaborar e desenvolver relações que promovam interdependência, baseadas no reconhecimento de interesses sobrepostos ou mútuos e no respeito interpessoal e entre organizações.

A) Gestor do Projeto

Enf.^a Anabela Simões

B) Cliente /Utilizador

Futuros pais, pais / responsáveis legais de crianças com idades compreendidas dos 0 aos 6 anos, moradoras no Bairro Municipal de Porches, que apresenta com grande vulnerabilidade social.

C) Equipa de Gestão de Projeto

Enf.^a Anabela Simões

Enf.^a Maria José Tai Yee

D) Equipa de Execução do Projeto

Enfermeiros da UCC D'Alagoa

Técnico de Higiene Oral da UCC D'Alagoa

Educadora de Infância do Jardim-de-infância de Porches

Educadora Social da Câmara Municipal de Lagoa

Assistente Social do Centro de Apoio Social de Porches

Psicóloga da Câmara Municipal de Lagoa

E) Patrocinador

UCC D'Alagoa

Escola EB1 Porches

Câmara Municipal de Lagoa

F) Influenciadores

ACES do Algarve II – Barlavento

Agrupamento de Escolas Padre António Martins de Oliveira
 Centro de Apoio Social Integrado de Porches
 Câmara Municipal de Lagoa
 Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Lagoa

1.5.7 - Estimativa de custos

A estimativa de custos refere-se essencialmente aos custos dos recursos necessários para a realização das atividades do projeto, para que um projeto decorra num orçamento determinado e aprovado (Lapão, 2010). Sabe-se que o sucesso de qualquer projeto assenta na estimativa de custos tanto mais realista possível, assim a estimativa de custos apresentada evidencia custos diretos e indiretos.

Quadro nº 4 - Estimativa de custos para a Unidade Cuidados na Comunidade D'Alagoa

ESTIMATIVA DE CUSTOS			
Recurso	Valor unitário	Quantidade	Custo total (€)
Custos Indiretos			
Quilómetros	0,12	450	54
Custos Diretos			
Encargos Salariais	7,5	26	195
Computador Portátil	_____	_____	Existente
Videoprojector	_____	_____	Existente
Impressora	_____	_____	Existente
Publicidade	20	5	CM Lagoa
Pastas para documentação	_____	10	CM Lagoa
Papel A4	3	2	6
Espaço Físico	_____	_____	Biblioteca EB1 Porches
Total			€ 255

1.5.8 - Gestão do Risco

Primeiramente há que definir risco, podendo este ser definido como nos refere Lapão (2010), como uma medida da probabilidade e consequência de não atingir os objetivos definidos para um projeto. Desta forma a gestão do risco deve incluir processos que tentem identificar, analisar e responder aos fatores de risco num projeto, procurando a maximização de resultados e dos acontecimentos positivos.

O risco neste projeto em concreto relaciona-se com a ineficácia do projeto. Existem múltiplas variáveis, perigos que concorrem para esse risco, sendo por isso muito difícil de calcular, o que torna necessário priorizar medidas de controlo com vista a diminuir e controlar o risco de ineficácia. Neste caso o maior perigo que se evidencia será o absentismo dos formandos, que se traduziria num baixo impacto do projeto. Assim há então que tomar medidas para o minimizar e tentar controlar, como sejam o contacto com os participantes no dia imediatamente antes á sessão para lembrar a hora da sessão, oferta de pequenos brindes, avaliação de cada sessão, dinâmicas de grupo, entre outras.

1.6 - EXECUÇÃO

Esta etapa do planeamento do projeto é a aplicação do que se programou.

Dado que este projeto já se encontra em fase de implementação apresentamos esta etapa em dois momentos, primeiro como atividades já desenvolvidas ou em desenvolvimento e um outro que denominámos de atividades a desenvolver.

O cronograma de atividades que elaborámos encontra-se no Anexo I, e apenas se apresenta o cronograma de atividades referente à implementação do projeto nesta população-alvo residente no Bairro Municipal de Porches, embora este projeto tenha sido pensado e delineado para se proceder à sua replicação noutros bairros e ou grupos que apresentam forte vulnerabilidade social.

1.6.1 - Atividades já desenvolvidas / em desenvolvimento

De acordo com a WBS que construímos, sendo ela a desagregação dos vários elementos que compõem o seu âmbito, passamos a apresentar a descrição das atividades, podendo-se constatar que a primeira atividade realizada se relaciona com a identificação das necessidades / problemas de saúde da população residente no Bairro Municipal de Porches, resultado do diagnóstico de saúde elaborado anteriormente a essa população.

Desta forma as atividades realizadas foram:

Diagnóstico de saúde da população residente no Bairro Municipal de Porches - consulta e análise do diagnóstico de saúde da população do Bairro Municipal de Porches, priorização do problema de saúde.

Pedido de intervenção efetuado pela educadora do jardim-de-infância de Porches Maio 2011 – reunião no Centro de Saúde de Lagoa, solicitada pela Educadora do jardim-de-infância de Porches, onde foi efetuado pedido de intervenção para que fossem desenvolvidas ações de educação para a saúde abordando as mais variadas temáticas, junto dos pais / responsáveis legais das crianças moradoras no Bairro Municipal de Porches, uma vez que contactam diariamente com crianças que de alguma forma estão sujeitas a cuidados deficitários quer por omissão quer por incapacitação ou ainda por negligência por parte dos pais / responsáveis legais.

Caracterização do Bairro Municipal de Porches é um bairro de forte vulnerabilidade social – consulta e análise da caracterização do bairro, a sua construção teve como finalidade o arrendamento mas estava também incluído no Programa de Realojamento de População Residente em Barracas mediante o acordo de colaboração entre o Município de Lagoa e o Instituto Nacional de Habitação. Os habitantes do bairro provêm de vários locais do concelho, existindo grupos de famílias que já eram vizinhos e que, na sua maioria, residiam em aglomerados de barracas ou habitações degradadas e isoladas, com cerca de 40% da população em situação de desemprego, sendo variáveis que concorrem fortemente para a vulnerabilidade daquela comunidade.

Validação da pertinência do problema e operacionalização do projeto – a 18 Junho foi efetuada a apresentação do projeto “Bem Nascer, Melhor Crescer” à coordenação do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Beja, onde foi apresentado o problema identificado, a população-alvo, a área de intervenção, a finalidade, os objetivos e as parcerias que se pretendia estabelecer, tendo o projeto sido validado.

Reunião com Conselho Clínico do ACES Barlavento – reunião ocorreu a 23 Junho 2011 com a Enfermeira Especialista Maria do Carmo Pacheco Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e Dra. Angélica Aleixo Presidente do Conselho Clínico, onde foi apresentado o projeto “Bem Nascer, Melhor Crescer” nomeadamente no que se refere aos objetivos, indicadores e metas bem como recursos envolvidos, sendo apresentada também como proposta de integração do projeto no programa de Preparação para a Parentalidade, da carteira de serviços do plano de ação da futura Unidade de Cuidados na Comunidade que viria a ter a sua abertura formal a 22 de Setembro de 2011.

Reunião com profissionais que iriam integrar o Conselho Técnico da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa – reunião ocorreu a 23 Junho 2011 para apresentação do projeto, seus objetivos, indicadores, metas, tendo sido muito bem aceite e corroborada a sua importância.

Reunião com a responsável pela Ação Social da Câmara Municipal de Lagoa – reunião ocorreu a 29 Junho 2011, onde foi apresentado o projeto e solicitado o apoio, com a atribuição de técnicos para o trabalhar de certas temáticas, como seja psicologia e serviço social, tendo-nos sido garantido o apoio pela assistente social do Gabinete de Apoio Social Integrado de Porches, que é da responsabilidade do Município de Lagoa, e da Psicóloga da Câmara Municipal de Lagoa, ficou ainda a cargo do município a elaboração e financiamento do cartaz para divulgação, sendo que o mesmo estaria sujeito à aprovação do gestor do projeto.

Reunião com o Diretor do Agrupamento Vertical de Escolas Padre António Martins de Oliveira - reunião ocorreu a 18 Julho 2011, onde foi apresentado projeto e solicitada

utilização da biblioteca da Escola Básica nº1 de Porches bem como a colaboração da educadora do jardim-de-infância de Porches.

Reunião com educadora do jardim-de-infância de Porches e assistente social do GASP Porches – foram iniciados contactos com as entidades com maior proximidade desta população, no sentido de facilitar uma maior aproximação da população alvo do projeto de intervenção. Contactamos por isso educadora do jardim-de-infância de Porches que havia também solicitado a intervenção da saúde e a assistente social do Gabinete de Apoio Social de Proximidade Integrado - GASP que tem acompanhado a população desde a edificação do bairro em 2005. A reunião ocorreu a 24 Outubro de 2011, a fim de se iniciar contacto com a população alvo e identificar do projeto, tendo-se recorrido também aos sistemas de informação SINUS e SAPE.

Encontro com pais / responsáveis legais das crianças alvo do projeto – procedeu-se à marcação de um encontro com os pais / responsáveis legais de crianças com idades entre os 0 aos 6 anos, a fim de se iniciar a aproximação, procedemos à nossa apresentação e auscultação sobre as principais preocupações e necessidades expressas relativamente às suas crianças, sendo nomeados apenas dois aspetos, dificuldades em impor regras e em lidar com as birras.

Foi definido um intervalo temporal para o referido encontro, tendo o mesmo ocorrido em dois tempos a 21 e a 25 de Novembro 2011.

Reunião com Parceiros – reunião ocorreu a 5 Dezembro, com o objetivo de se ajustar e validar contributos para o projeto de cada entidade como sejam:

- Definição dos formadores,
- Definição da sala da escola EB1 a utilizar,
- Temas a desenvolver,
- Numero, frequência e duração de cada sessão,
- Formas de divulgação do projeto (elaboração de cartaz, divulgação eletrónica).

Reunião com formadores – a referida reunião ocorreu a 12 de Janeiro 2012, foi apresentado projeto “Bem Nascer, melhor Crescer”, módulos formativos, objetivos, metodologia a adotar, propostas de calendarização bem como sistema de monitorização e avaliação das sessões de formação, tendo resultado o plano de formação após o consenso.

Monitorização da execução

Como forma de se efetuar uma avaliação parcelar sobre o decurso das atividades do projeto, apresentamos em seguida no quadro nº 5, a descrição e apreciação do desenvolvimento das atividades até esta fase.

Quadro nº 5 – Monitorização da execução das atividades da etapa de validação

Atividades	Data	Pessoas envolvidas	Objetivo	Monitorização
Reunião com Coordenação do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária	18 Junho	Prof ^a Doutora Helena José; Prof ^a Coordenadora Maria Manuela Pereira Gestora projeto.	Validar a pertinência do projeto	Foi reconhecida a importância e mais-valia da implementação do projeto.
Reunião com Conselho Clínico do ACES Barlavento	23 Junho	Presidente Conselho Clínico – Dra. Angélica Aleixo e Vogal de Enfermagem-Enf. M ^a Carmo Serrão Gestora projeto.	Apresentar e Validar a pertinência do projeto	Foi reconhecida a importância e mais-valia da implementação do projeto. Considerando como relevante para a implementação do Plano de Ação do Agrupamento Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento.
Reunião com Conselho Técnico da futura UCC D'Alagoa	23 Junho	Equipa gestão projeto; Coordenadora UCC D'Alagoa Enf. ^a Anabela Simões; Enf. ^o Esp. Cristina Francisco; Enf. ^a Grad. Senhorinha Carrilho.	Apresentar e Validar a pertinência do projeto	Foi reconhecida a importância e mais-valia da implementação do projeto. Considerando-o como relevante para a integração na carteira de serviços da UCC D'Alagoa.
Reunião JI Porches	24 Junho	Gestora projeto; Educadora JI –Ed. Ana Ramos	Apresentar o projeto e verificar sensibilidade para colaboração	Foi reconhecida a importância e mais-valia da implementação do projeto. Assumida verbalmente, disponibilidade para colaboração, assumindo-se como elo de ligação junto da população.
Reunião com Ação Social da Câmara Municipal de Lagoa	29 Junho	Gestora projeto; Responsável pela Ação Social CM Lagoa- Socióloga Sandra Generoso	Apresentar o projeto e verificar sensibilidade para colaboração	Foi reconhecida a importância e mais-valia da implementação do projeto para aquela comunidade. Assumida verbalmente, disponibilidade para colaboração, nomeadamente com recursos humanos para as sessões de formação (assistente social, educadora social, psicóloga) bem como elaboração e financiamento dos cartazes e divulgação do projeto.

Atividades	Data	Pessoas envolvidas	Objetivo	Monitorização
Reunião com Agrupamento Vertical de Escolas Padre António Martins de Oliveira	18 Julho	Gestora projeto; Diretor Agrupamento ESPAMOL-Professor Luís Martins	Apresentar o projeto e verificar sensibilidade para colaboração	Foi reconhecida a importância e mais-valia da implementação do projeto. Assumida verbalmente, disponibilidade para colaboração através da autorização para a participação da educadora do JI de Porches e utilização da biblioteca da escola EB1 de Porches.
Reunião com jardim-de-infância de Porches e CASP Porches	24 Outubro	Equipa gestão projeto; Educadora JI – Ed. Ana Ramos; Assistente Social Cláudia Mestre	Identificar nominal população-alvo e formas de sensibilização para a sua participação e convocação	Foi apresentada lista nominal de pais / responsáveis legais elegíveis e decidida forma de sensibilização e convocação.
Encontro com pais / responsáveis legais das crianças alvo do projeto	15 e 18 Novembro	Equipa gestão projeto; Ed. Ana Ramos; Pais / responsáveis legais	Apresentar equipa de gestão do projeto e Aferir principais preocupações	Aferidas preocupações dos pais / responsáveis legais.
Reunião com parceiros	5 Dezembro	Equipa gestão projeto; Ed. Ana Ramos; Prof. Responsável pela Escola EB1-Prof. Ana Rita; Socióloga Sandra Generoso.	Monitorizar atuação dos vários parceiros	Não se verificaram desvios ao previamente delineado.
Reunião com formadores	12 Janeiro	Equipa gestão projeto; Higienista Oral Fernando Sá; Enf. Mikael Pião; Assistente Social Cláudia Mestre; Educadora Social; Filipa Ferreira; Psicóloga; Susana Godinho.	Monitorizar atuação dos vários parceiros	Demonstraram interesse e consideraram uma mais-valia os temas delineados, comprometendo-se a trabalhar os conteúdos.

Divulgação do projeto – uma vez elaborado o cartaz (Anexo II), deu-se início à divulgação do projeto, em Janeiro 2012 pela população-alvo e população em geral. Sendo a divulgação de um projeto é um aspeto com grande importância para o sucesso do mesmo, considerou-se várias formas de o fazer como sejam:

- Divulgação direta através de convocatória por folheto;
- Afixação de cartazes em locais de maior afluência;
- Divulgação através do Jornaleco, jornal do Agrupamento da Escolas Padre António Martins de Oliveira, acedido através do blogue da escola Blog:<http://partilhas-jardimdeinfnciadeporches.blogspot.com>.
- Procedeu-se ainda à divulgação eletrónica através do site da Câmara Municipal de Lagoa.

Planeamento das sessões de educação parental do projeto “Bem Nascer, Melhor Crescer” – iniciou-se ainda em Dezembro a planificação das sessões de educação parental que se levou a reunião com formadores. Para o seu delinear teve-se em consideração as necessidades verificadas e os indicadores traçados, temos assim quatro grandes blocos os quais designámos respetivamente de **(I)** Ser família; **(II)** Saúde e Segurança; **(III)** Educar com Afeto, e ainda um quarto bloco com a **(IV)** Apreciação, estes grandes blocos desdobram-se em onze módulos, que apresentamos em seguida. Foi ainda definido que em cada sessão para além do formador estaria sempre um elemento da equipa de gestão do projeto que acompanhará a sessão.

No quadro nº 6, que apresentamos em seguida pode visualizar-se o plano de sessões elaborado.

Quadro nº 6 – Plano de Sessões de Educação Parental

Plano das Sessões de Educação Parental – “BEM NASCER, MELHOR CRESCER”					
Temas	Módulo	Conteúdos	Intervenções	Formador	Duração Local
SER FAMÍLIA	I	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Boas vindas ➤ Apresentação do projeto ➤ calendarização; horário 	Dar início ao projeto, efetuando a apresentação dos formadores e dos participantes, através de dinâmicas de grupo, a fim de estabelecer relação de proximidade e confiança. Entrega de pasta com temas, calendarização e horário.	Todos	1h Biblioteca escolar EB1 Porches
	II	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conceito de Família ➤ Adaptação à Parentalidade ➤ Planeamento Familiar ➤ Avaliação da sessão 	Falar sobre conceito de família. Incentivar a decisão responsável sobre o momento de ter filhos; Falar sobre a etapa tornar-se pais no ciclo da família e suas responsabilidades; Verificar realização de consulta de planeamento familiar; Providenciar algum material de apoio; Verificar conhecimentos.	Enf. Anabela Simões e Enf. M. José	1h Biblioteca escolar EB1 Porches
	III	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rede de suporte, medidas de apoio social Legislação, maternidade e paternidade) ➤ Recursos e apoios sociais (Crianças com necessidades especiais) ➤ Avaliação da sessão 	Dar a conhecer a rede de suporte existente na freguesia e no concelho, contactos e entidades a que podem recorrer; Providenciar algum material de apoio; Verificar conhecimentos.	T.S.Social Cláudia Mestre Ed.Social Filipa ferreira	1h 30min Biblioteca escolar EB1 Porches
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Economia doméstica ➤ Avaliação da sessão 	Ensinar como gerir eficazmente o orçamento familiar que dispõem; Providenciar algum material de apoio; Verificar conhecimentos.	T.S. Social Cláudia Mestre Ed. Social Filipa ferreira	

Temas	Módulo	Conteúdos	Intervenções	Formador	Duração Local
SAÚDE E SEGURANÇA	IV 1ºs Cuidados ao RN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Banho ➤ Higiene (olhos, nariz, ouvidos, unhas). ➤ Cuidados ao coto umbilical ➤ Massagem do RN ➤ Sono ➤ Amamentação ➤ Dejeções / cólicas ➤ Segurança (casa, transporte RN) ➤ Sinais de alerta do RN ➤ Promover a amamentação (ultrapassar dificuldades) ➤ Socialização da criança ➤ Avaliação da sessão 	<p>Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental</p> <p>Ensinar sobre desenvolvimento infantil;</p> <p>Ensinar sobre cuidados ao coto umbilical;</p> <p>Ensinar sobre higiene do RN;</p> <p>Ensinar sobre hábitos de sono do RN;</p> <p>Ensinar sobre sinais de alerta do RN;</p> <p>Ensinar sobre aleitamento materno;</p> <p>Ensinar sobre transporte do RN;</p> <p>Ensinar sobre interação social: socialização do RN;</p> <p>Providenciar algum material de apoio;</p> <p>Verificar conhecimentos</p>	<p>Enf. Anabela Simões e Enf. M. José Yee</p>	<p>1h 30m</p> <p>Biblioteca escolar EB1 Porches</p>
	V 0-2 anos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Introdução dos alimentos (Idade, materiais necessários, alergias) ➤ A importância da sopa ➤ Cuidados de higiene – higiene oral ➤ Hábitos de sono ➤ Segurança – prevenir acidentes ➤ Vacinas ➤ Massagem ao bebé ➤ Socialização da criança ➤ Avaliação da sessão 	<p>Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental</p> <p>Ensinar sobre a importância de alimentação adequada;</p> <p>Instruir sobre como se faz uma sopa saudável;</p> <p>Ensinar sobre higiene do bebé;</p> <p>Ensinar sobre higiene ora do bebé;</p> <p>Ensinar sobre hábitos de sono do bebé;</p> <p>Ensinar sobre vacinação;</p> <p>Incentivar a adesão à vacinação;</p> <p>Ensinar sobre aleitamento materno</p> <p>Ensinar sobre interação social: socialização do bebé</p> <p>Providenciar algum material de apoio;</p> <p>Verificar conhecimentos</p>	<p>Enf. Anabela Simões e Enf. M. José Yee</p>	

Temas	Módulo	Conteúdos	Intervenções	Formador	Duração Local
SAÚDE E SEGURANÇA	VI 2-6 anos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estilos de vida saudáveis ➤ Alimentação /lanches ➤ Exercício físico ➤ Higiene (banho, cabelo, unhas, roupa) ➤ Higiene Oral ➤ Hábitos de sono ➤ Segurança - prevenir acidentes; - rodoviária ➤ Vacinas ➤ Avaliação da sessão. 	<p>Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental</p> <p>Ensinar sobre estilos de vida saudáveis;</p> <p>Ensinar sobre a importância de alimentação adequada;</p> <p>Ensinar sobre higiene da criança;</p> <p>Ensinar sobre higiene oral da criança;</p> <p>Ensinar sobre hábitos de sono da criança;</p> <p>Ensinar sobre utilização dos sistemas de retenção de crianças;</p> <p>Ensinar sobre como prevenir acidentes;</p> <p>Ensinar sobre vacinação;</p> <p>Incentivar a adesão à vacinação</p> <p>Providenciar algum material de apoio;</p> <p>Verificar conhecimentos</p>	<p>Enf. M. José</p> <p>H O Fernando Sá</p>	<p>1h 30m</p> <p>Biblioteca escolar EB1</p> <p>Porches</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quando o bebé / criança adoece ➤ Febre, vómitos, diarreia, alterações respiratórias, erupção dos dentes ➤ Como atuar em caso de engasgamento, asfixia, intoxicação, quedas, queimaduras ➤ Avaliação da sessão. 	<p>Ensinar sobre como atuar quando o bebé/criança adoece;</p> <p>Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde;</p> <p>Providenciar algum material de apoio;</p> <p>Verificar conhecimentos</p>	<p>Enf. Mickael</p>	<p>1h</p> <p>Biblioteca escolar EB1</p> <p>Porches</p>

Temas	Módulo	Conteúdos	Intervenções	Formador	Duração Local
EDUCAR COM AFECTO	VII 0 – 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Socialização da criança ➢ A importância dos horários/regras ➢ Castigos ➢ Autoestima ➢ Estilos educação <ul style="list-style-type: none"> Assertivo Permissivo Autoritário ➢ Avaliação da sessão 	<p>Ensinar sobre interação social: socialização da criança;</p> <p>Ensinar sobre a importância do reforço positivo para a autoestima da criança;</p> <p>Ensinar sobre a importância de estabelecer regras e dos horários no desenvolvimento das crianças;</p> <p>Abordar o papel dos castigos na educação;</p> <p>Abordar consequências de cada estilo de educação no desenvolvimento da criança;</p> <p>Providenciar algum material de apoio;</p> <p>Verificar conhecimentos.</p>	<p>Psicóloga Susana Godinho</p>	<p>1h Biblioteca escolar EB1 Porches</p>
	VIII 0 – 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> Brincar A creche / ama O jardim-de-infância ➢ Avaliação da sessão 	<p>Ensinar sobre a importância do brincar, do jogo simbólico no desenvolvimento infantil;</p> <p>Abordar implicações no desenvolvimento das crianças dos vários contextos, (creche, ama e jardim-de-infância)</p> <p>Verificar conhecimentos.</p>	<p>Educadora Ana Ramos</p>	<p>1h Biblioteca escolar EB1 Porches</p>
APRECIAÇÃO	IX	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Avaliação do Plano ➢ Encontro convívio ➢ Lanche Saudável (CEF Hotelaria Prof. Luís Lagoa; CM providência alimentos) 	<p>Aferir pontos fortes e fracos, para participantes e formadores.</p>	<p>Todos os técnicos</p>	<p>1h Biblioteca escolar EB1 Porches</p>

Calendarização das sessões de educação parental por módulos – depois de efetuados os ajustes necessários relativamente à calendarização das sessões, proposta em reunião com os formadores, foi efetuada a calendarização das sessões por módulos, de acordo com as possibilidades dos formadores. Definiu-se que estas ocorreriam sempre no mesmo dia da semana (terça-feira) e à mesma hora (9:30) de forma a ser facilitador da adesão por parte da população alvo. Optou-se por este horário uma vez que os pais se dirigem ao jardim-de-infância para levar os seus filhos, sendo mais uma oportunidade de lembrar as sessões e porque a maioria dos participantes está desempregada, ou é reformada.

A calendarização das sessões de educação parental por módulos pode ser visualizada no quadro nº 7, que abaixo se apresenta.

Quadro nº 7 – Calendarização das sessões de educação parental por módulos

2012																
Meses		Fevereiro				Março				Abril						
Temas		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Semana																
Apresentação			14													
Ser Família																
Conceito família																
Planeamento familiar																
Adaptação á parentalidade																
Rede de suporte social																
Recursos e apoios sociais																
Economia doméstica																
Avaliação das sessões																
Saúde e Segurança																
Primeiros cuidados ao Recém-nascido																
Saúde e segurança das crianças 0-2 anos																
Saúde e segurança das crianças 2-6 anos																
Avaliação das sessões																
Educar com Afeto																
Socialização da criança																
A importância das regras/horários																
Castigos																
Autoestima																
Estilos de educação																
Avaliação das sessões																
A importância do brincar																
A creche e o jardim-de-infância																
Avaliação das sessões																
Avaliação do Plano																
Encerramento																

Elaboração do plano tipo para cada sessão de educação para a saúde – as sessões de educação parental devem obedecer ao plano previamente delineado, que será o suporte para a elaboração das sessões propriamente ditas, figurando neste documento o tema, módulo, responsável pela sessão, meios pedagógicos auxiliares, população-alvo a que se destina, objetivo da sessão, conteúdos e data, horário e assinatura do formador (Anexo III).

Elaboração do folheto para convocatória aos participantes – criou-se um instrumento com o objetivo de lembrar o dia e hora do início do projeto, elaborando-se um pequeno folheto onde consta dia, hora e sumariamente os temas serem abordados (Anexo IV).

Elaboração de informação para colocação nas pastas – foi elaborada informação, a anexar às pastas que fornecem aos participantes, com conteúdos, calendarização e horário, estas pastas servem para reunir informação cedida ao longo das sessões (Anexo V).

Elaboração de certificado de frequência para os participantes – procedeu-se à elaboração de certificados de participação para serem entregues aos participantes que frequentarem a totalidade das sessões de educação parental do projeto de intervenção em saúde comunitária (Anexo VI).

Elaboração de certificado de participação como formador – procedeu-se à elaboração de certificados de participação para entrega aos formadores intervenientes no projeto de intervenção em saúde comunitária (Anexo VII).

Convocatória dos pais / responsáveis legais elegíveis para participação no projeto – a convocatória dos pais / responsáveis legais foi efetuada pela educadora do jardim-de-infância, e pela assistente social do Centro de Apoio Social de Proximidade Integrado de Porches, através da entrega do pequeno folheto três dias antes do início.

Monitorização da execução

Como forma de se efetuar uma avaliação parcelar sobre o decurso das atividades do projeto, apresentamos em seguida no quadro nº 8 a descrição e apreciação do desenvolvimento das atividades até esta fase.

Quadro nº 8 – Monitorização das atividades da etapa do desenho da WBS

Atividades	Data	Pessoas envolvidas	Objetivo	Monitorização
Planeamento das sessões de educação parental	Dezembro 2011	Gestora projeto	Planificar as sessões de educação parental por módulos	Foi efetuada planificação das sessões por módulos, tendo-se em atenção as necessidades identificadas e os indicadores traçados.
Calendarização das sessões de educação parental	Dezembro 2011	Equipa de gestão; Formadores	Apresentar o plano de sessões e definir datas	Foi efetuada calendarização das sessões de educação parental, decidindo-se que se iriam realizar sempre no mesmo dia da semana e no mesmo horário.
Elaboração do Cartaz Divulgação do projeto	9 Janeiro 2012	Equipa de gestão; Responsável Ação Social da C M Lagoa	Divulgar o projeto	Foi elaborado cartaz, pelo gabinete de comunicação do Município de Lagoa e aprovado pela equipa de gestão de projeto e Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II - Barlavento.
Elaboração do plano tipo para cada sessão de educação para a saúde	Dezembro 2011	Gestora projeto	Elaborar um documento de suporte	Foi elaborado o documento a utilizar pelos formadores que servirá de suporte a todas as sessões, de forma a uniformizar procedimentos.
Elaboração do folheto para convocatória aos participantes, elaboração de informação para colocação nas pastas e certificados de frequência para participantes	6 Fevereiro 2011	Equipa de gestão	Relembrar participantes do dia e hora do início das sessões Fornecer informação sobre conteúdos a ministrar	Foram elaborados os documentos, onde constava dia e hora do início das sessões de educação parental, e conteúdos. Foram elaborados certificado de participação para entrega no final do projeto, aos participantes e formadores.
Elaboração de certificado de participação como formador	6 Fevereiro 2011	Equipa de gestão	Comprovar participação como formador	Foram elaborados certificados de participação para entrega aos formadores intervenientes no projeto de intervenção em saúde comunitária.
Convocatória dos pais / responsáveis legais elegíveis para participação no projeto	8-10 Fevereiro 2011	Equipa de gestão; Educadora do jardim-de-infância	Entrega de folheto com marcação	Foi entregue pessoalmente a cada participante folheto de convocatória.

1.6.2 – Atividades a desenvolver

As atividades a desenvolver são, por um lado as respeitantes ao término das sessões ou seja dar continuidade ao cumprimento do plano de sessões de educação parental uma vez que ainda falta o bloco **III** e **IV** que denominámos **Educar com Afeto** e **Apreciação** respetivamente, por outro proceder à avaliação do projeto de intervenção em saúde comunitária.

Com a implementação deste projeto, esperamos alcançar determinados resultados esperados e benefícios que confirmem as metas previamente delineadas na fase de planeamento do projecto, bem como desenvolver e ou otimizar competências.

Relativamente à educação parental a avaliação assume uma importância enorme uma vez que através dela se pode identificar aspetos críticos que condicionaram o sucesso do projeto de educação parental, bem como aferir se o projeto foi sensível às características da população-alvo. Este é sem dúvida uma vertente que se traduz numa mais-valia para o desenvolvimento profissional, nomeadamente para o desempenho dos profissionais que trabalham com, na e para a comunidade, como é o caso específico dos enfermeiros de cuidados de saúde primários.

1.7 – AVALIAÇÃO DO PROJETO

Avaliar é sempre comparar alguma coisa com um padrão ou com um modelo previamente estabelecido, pretendendo-se com a avaliação corrigir ou melhorar. Como nos refere Imperatori (citado em Imperatori & Gerald, 1993) “Numa situação de planeamento os valores de referência poderão ser o diagnóstico da situação inicial e os objetivos ou metas fixadas” (p. 173). O que vem ao encontro do já anteriormente referido sobre a característica dinâmica e cíclica em planeamento em saúde. Desta forma deve entender-se como finalidade da avaliação o melhorar e orientar para o futuro a partir das informações colhidas através da avaliação e não apenas o simples justificar das atividades já realizadas.

Para se poder avaliar é necessário existir informação, sendo que a qualidade da informação determina a qualidade da avaliação, pois sem sistemas de informação, de registo fiáveis e credíveis, a avaliação é certamente enviesada e fica comprometida.

Pelo que a escolha de um indicador como nos referem Imperatori & Geraldès (1993), deve ser resultado das suas características na situação em particular em que irá ser usado, contudo há que ter especial atenção para a facilidade de obtenção dos dados, do seu cálculo, bem como especificidade do que se pretende medir, pois a recolha, cálculo e análise dos dados traduz-se num esforço tal que é necessário seleccionar e reduzir os dados ao indispensável.

A avaliação deste projeto de intervenção em saúde comunitária será feita após a sua implementação tendo por base os objetivos, os indicadores e as metas previamente estabelecidas, sabendo nós que relativamente aos indicadores de resultado a avaliação não pode ser imediata, pois este tipo de indicadores requiere algum tempo para se medir o impacto que o projeto teve.

Monitorizações e avaliações parcelares vão sendo sistematicamente efetuadas, conforme os parâmetros se vão desenvolvendo, para o mais precocemente podermos sinalizar desvios e proceder à correção.

Proceder-se-á ainda à elaboração de um relatório final a remeter aos stakeholders, e fará parte deste documento as avaliações de execução e de resultado efetuadas, bem como dificuldades e limitações assim como aspetos facilitadores e propostas futuras.

2 – LIMITAÇÕES

Até ao presente momento, as limitações que sentimos relacionam-se em primeiro lugar com as características da população-alvo, ou seja as dificuldades que existem em se envolver e motivar estas pessoas.

Desde logo a designação “Bairro Social” sugere, o acolhimento de pessoas com carências de âmbito social e económico e por isso tende a ser estigmatizado e marginalizado. A própria palavra bairro por si só, para algumas pessoas, tem um significado depreciativo pois dizer que se mora num bairro social é dizer que não se tem habitação própria, é dizer que se foi realojado, é também dizer que se é de certa forma segregado, contribuindo em certa medida ainda mais para a exclusão social. Se por um lado, nestas comunidades, é notória a resistência á mudança de comportamentos pelos indivíduos, acresce que em relação á formação parental, esta é ainda considerada, na sociedade portuguesa, como algo que do foro privado que não deve vir a público, o que contribui ainda mais para o sentimento desvalorização.

Gostaríamos ainda de referir que no decurso dos contactos efetuados, contactámos os Bombeiros Voluntários de Lagoa, tendo estes demonstrado o seu apreço pelo nosso contacto mas por motivos de recursos humanos não puderam colaborar neste projeto, o que de alguma forma e dadas as nossas expectativas para este projeto se considera uma limitação.

Uma outra limitação que se verificou relaciona-se com a dificuldade em se conciliar as agendas de cada profissional formador, que por vezes se fez sentir e que levou a um esforço suplementar e a um maior consumo de tempo, facto que condicionou o inicio da implementação do projeto para o mês de fevereiro.

3 – QUESTÕES ÉTICAS

A existência de códigos éticos é fundamental para o desempenho profissional de qualquer área de intervenção, assim o exercício da profissão de Enfermagem em Portugal, obedece a regulamentação própria, assente em princípios gerais referentes ao desempenho profissional dos enfermeiros, descritos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro e no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que integra o Código Deontológico, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.

Da pesquisa bibliográfica que fizemos no âmbito da educação parental, não se encontrou em concreto linhas orientadoras ao nível ético relativamente à intervenção em grupo em educação parental. No entanto há a referir que desde logo o consentimento parental é condição para que a educação parental seja assumida como um direito a que, de modo livre e autónomo, os pais podem aceder, pois apenas nestas condições se poderá desenvolver. Como tal aquando do primeiro encontro com os pais onde efetuámos a nossa apresentação, à apresentação dos objetivos do projeto e identificação dos formadores participantes foi-lhes solicitado, caso estivessem interessados em participar, a assinatura do consentimento informado (Anexo VIII).

Segundo Fine, citado em Ribeiro (2003) há determinadas responsabilidades que deverão ser tidas em conta, como o explicar as razões da nossa intervenção, sem no entanto gerar sentimentos de culpa, assim como é de vital importância manter os participantes focados na partilha e na aprendizagem e não deixar que interpretações dos comportamentos de cada um tomem lugar, pois educação parental não é a mesma coisa de terapia de grupo.

Como nos refere Cabral (citado em Nunes, 2008) a palavra responsabilidade é usada como a capacidade-e-obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios atos ou efeitos, aceitando as consequências. Desta forma ser responsável assume a perspetiva de discernimento, e em simultâneo de responder perante os atos que pratica e também compromissos que assume. Assim ser responsável, vai para além de se ser o autor de uma ação, mas também tomar a cargo, algo ou alguém, que está

sob minha proteção. Ora, como bem sabemos, a nossa ação visa o bem-estar do outro, seja protegendo, seja promovendo a saúde, tudo isto sustentado por uma rede de confiança, que o outro tem no profissional, sendo assegurada pela responsabilidade que este tem para com ele, visando a proteção da pessoa.

Relativamente à apresentação do projeto e pedido de autorização para o desenvolvimento e implementação do mesmo ao Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento foi efetuada primeiramente junto do Conselho Clínico com a entrega do documento de apresentação do projeto (Anexo IX) aquando da reunião e posteriormente aquando da discussão e aprovação do plano de ação da Unidade de Cuidados na Comunidade D' Alagoa, com Direção Executiva, uma vez que este projeto consta na sua carteira de serviços.

4 – IMPLICAÇÕES / RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA

A parentalidade é por si só bastante abrangente, sendo uma etapa exigente no ciclo das famílias e que pode constituir por si só um momento de crise, uma vez que há mudanças em todo sistema familiar, consiste desde logo numa preocupação do sector da saúde e especificamente do sector de enfermagem. O ensino e o treino dos cuidados a prestar ao bebé e à criança são variados exigindo muitas vezes aquisição de novas competências, sendo o enfermeiro o elemento da saúde, que pela sua posição privilegiada tem a possibilidade de apoiar e acompanhar.

É essencial apoiar e preparar as famílias nesta etapa, pelo que a promoção da parentalidade responsável e segura é fundamental qualquer que seja o contexto. Mas através da implementação deste projeto, que nos permitiu um contacto ainda mais direto e no terreno com este tipo de comunidade, fica-nos a certeza que nestas comunidades de forte vulnerabilidade social, a educação parental é absolutamente necessária.

Estas famílias antes de serem realojadas, eram já de certo modo segregadas por terem caído em situação de insustentabilidade, pelas mais variadas razões, com fortes problemas sociais como sejam a baixa escolaridade, o desemprego e onde a iliteracia é uma constante, o que constitui por si só fator suficiente para suportar a intervenção.

Este projeto foi pensado para que a sua aplicação se efetue não apenas neste bairro, mas em outros bairros ou junto de grupos que apresentem idênticas características de vulnerabilidade social, existindo mais alguns no concelho de Lagoa. Também a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Lagoa demonstrou, embora informalmente o seu interesse na nossa colaboração junto das famílias que acompanham, o que será certamente uma mais-valia.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos o presente documento, contamos ter conseguido atingir o objetivo que delineamos quando o iniciámos que era apresentar o projeto de intervenção em saúde comunitária que nos propusemos realizar no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Beja.

Este projeto nasceu como forma de responder a uma necessidade em saúde que foi identificada na população do Bairro Social de Porches da freguesia de Porches, concelho de Lagoa, aquando da realização do diagnóstico de saúde e do pedido de intervenção efetuado pelo jardim-de-infância daquela freguesia. Tendo sido identificado prestação de cuidados deficitários às crianças do grupo etário dos 0 aos 6 anos de idade, ora por omissão ora por incapacidade por parte dos pais / responsáveis legais, constituindo este um problema em saúde, ou seja a iliteracia em saúde mais concretamente em cuidados parentais.

A promoção de um bom início de vida, através do suporte dos pais e das crianças pequenas é fundamental. Considerou-se primordial atuar através da criação e implementação deste projeto de intervenção em saúde comunitária, tendo como foco o empoderamento em saúde mais especificamente em cuidados parentais. Como sabemos a infância é uma fase sensível que condiciona o desenvolvimento futuro da criança, assim atuar nesta etapa com o intuito de promover a saúde e prevenir cuidados deficitários, otimizando as competências dos seus cuidadores, é vital, garantindo assim que as crianças recebam os cuidados adequados e imprescindíveis ao seu bom desenvolvimento e crescimento.

Este projeto que consiste em sessões de educação parental, dirigidas aos pais / responsáveis legais de crianças dos 0 aos 6 anos de idade e que intitulámos de “Bem Nascer, Melhor Crescer”, contou com a participação valiosa de várias entidades da comunidade, sendo de realçar a relação que foi estabelecida com os parceiros comunitários e que constituiu uma fonte de motivação. Esta relação potenciou mutuamente o envolvimento de todos. Destacamos também que as entidades envolvidas manifestaram ao longo da caminhada, satisfação e forte confiança nos resultados e na consecução deste projeto em outros locais do concelho, bem como a

disponibilidade e o interesse em colaborar em outros projetos que se venham a mostrar necessários.

Esta perspectiva, segundo a nossa opinião, deve-se ao envolvimento de todos desde o processo do diagnóstico de saúde, o que se reverte numa mais-valia, e que de certo modo nos leva a afirmar que esta metodologia deve orientar os profissionais de enfermagem para o estabelecimento de parcerias na comunidade.

A intervenção comunitária é uma ferramenta de excelência para atuar na promoção da saúde tendo-se revelado um aspeto forte em educação parental.

Foi com prazer que procedemos à elaboração deste projeto que irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no âmbito da promoção da saúde, mas também para o nosso enriquecimento pessoal e profissional. Neste momento encontramos-nos na fase de implementação das sessões, tendo constatado algumas dificuldades, mas que constituem em si mesmo um processo de aprendizagem e de crescimento.

Por último gostaríamos de referir que o presente trabalho foi redigido segundo o novo acordo ortográfico, mantendo-se no entanto o antigo acordo ortográfico aquando da redação das citações diretas por uma questão de fidelidade para com os documentos originais.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, M., Cruz, O., Gaspar, M. & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. Recuperado em 2012, fevereiro 11. Disponível em http://www.cnpqjr.pt/preview_documentos.asp?r=3496&m=PDF

Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias: Tempo, caos, processo*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.

Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, (2010). Linhas estratégicas do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento. Documento não publicado, Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento.

Carta de Ottawa – Promoção da Saúde nos Países Industrializados. Recuperado em 6 de Julho 2011, pelas 23h22. Disponível no site Portal da Saúde Pública, em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm

Carvalhosa, S. F., Domingos, A., & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária – GerAcções. *Análise psicológica* Nº3 (XXVIII), p. 479-490.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Coutinho, M. (2011, Março). Casa de pais, escola de filhos: A importância do não no momento certo. *A Folha dos Valentes*, p. 22-24.

Cruz, H. & Pinho, I. (2008). *Pais, Uma Experiência*. Porto: LivPsic.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

Dias, M., Duque, A., Silva, M., & Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*. Nº 3 (XII), p.463-473.

Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Portugal (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: *mais saúde para todos* (Vol. 1 e 2). Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Portugal (2005). Saúde Infantil e Juvenil: *Programa Tipo de Atuação – Orientações Técnicas*; 12 (2ª ed.). Lisboa: Direção Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Portugal (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Recuperado em 2012, Janeiro 17. Disponível em http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde.

Infopédia. Enciclopédia e Dicionários Porto Editora. Recuperado em 2011, Dezembro 18. Disponível em <http://www.portoeditora.pt/alp/dol/dicionarios-online/>

Institute of Medicine (2003). Competências das Pessoas em Literacia em Saúde. Recuperado em 2011, Novembro 28 Disponível em:

<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>

Lapão, L. (2010). Gestão de Projetos e de Programas em Saúde – Contexto da Enfermagem [PowerPoint slides]. Consultado em 2011, Dezembro 3. Disponível em <http://comunitariabeja@gmail.com>

Laverack, G. (2004). *Promoção da saúde: Poder e empoderamento*. Camarate: Lusodidacta.

Lopes, M., Catarino, H., Dixe, M. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Referência*. III Série, (Nº 1), 109-118.

Martins, C. (2011, Dezembro 10). Aprender a ser pai e mãe. *Revista Única, Expresso*, p. 100-102.

Melo, A. (2004). Em busca do tesouro das famílias – Intervenção familiar em prevenção. (2ª ed.). Gabinete de Atendimento à Família.

Nunes, L. (2008, Maio). Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*, nº 29, 72-80.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Recuperado em 2012, Novembro 12. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DialInternacionaldaFam%C3%Adlia2008.aspx

Organização Mundial de Saúde, Bureau Regional para a Europa (1998). *Saúde 21. Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região europeia da OMS* (Sofia Abecassis, trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1998)

Portugal, Assembleia da República (1990, Agosto 24). Lei nº 48/90, de 24 de Agosto. *Diário da República, I Série* (195), 3452-3459.

Portugal, Ministério da Saúde (1996, Setembro 04). Decreto-Lei nº 161/96, de 04 de Setembro. *Diário da República, I Série-A* (93), 1739-1757.

Portugal, Ministério da Saúde (1998, Abril 21). Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República, I Série-A* (93), 1739-1757.

Portugal, Ministério da Saúde (2008, Fevereiro 22). Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. *Diário da República, I Série* (38), 1182-1189.

Portugal, Ministério da Saúde (2011, Fevereiro 18). Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro. *Diário da República, II Série* (35), 8667-8669.

Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Remígio, A. & Teixeira, C. (2011). Diagnóstico de Saúde do Bairro Municipal de Porches, Documento não publicado, Instituto Politécnico de Beja.

Ribeiro, M. (2003). Ser família: Construção, Implementação e avaliação de um programa de educação parental. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

Sampaio, D. (2011). *Da Família, da Escola, e umas quantas coisas mais*. Alfragide: Editorial Caminho.

Stanhope, M., & Lancaster, J., (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª ed.). Loures: Lusociência.

Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro S., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Tohompson, E. D. & AshWill, J. W. (1996). *Uma Introdução à Enfermagem Pediátrica* (6ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Unidade de Cuidados Continuados D'Alagoa (2011). Plano de Acção Para o Triénio 2011-2013. Documento não publicado, Unidade de Cuidados na Comunidade D'Alagoa, Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II- Barlavento.

Urta, J. (2007). *O Pequeno Ditador: Da criança mimada ao adolescente agressivo*. (Carlos Aboim de Brito, trad.). Lisboa: A Esfera dos Livros. (Obra original publicada em 2006)

Varela, A. (1993). *Direito da família*. (3ª ed.). Lisboa: Livraria Petrony.

Willy, V. (1995). *Premature Infants and Their Families – Development Interventions*. Early Childhood Intervention Series. Londres: Singular Publishing Group, Inc.

ANEXOS

Anexo I

Cronograma de atividades do projeto “Bem Nascer, Melhor Crescer”

2011								2012				
Atividades	Meses	Maio	Jun.	Jul.	Out.	Nov.	Dez	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Dez.
Pedido de intervenção												
Consulta e análise do diagnóstico de saúde da população do Bairro Municipal de Porches												
Reunião com coordenação do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária												
Reunião Conselho Clínico do ACES Barlavento												
Reunião com profissionais que iriam integrar Conselho Técnico da UCC D'Alagoa												
Reunião com a responsável pela Ação Social da Câmara Municipal de Lagoa												
Reunião com o Diretor do Agrupamento Vertical de Escolas Padre António Martins de Oliveira												
Reunião com educadora do jardim-de-infância de Porches e assistente social do CASP Porches												
Encontro com pais / responsáveis legais das crianças alvo do projeto												
Reunião com entidades intervenientes no projeto - Parceiros												
Planeamento das sessões de educação parental												
Calendarização das sessões de educação parental												
Elaboração do plano tipo para cada sessão de educação para a saúde												
Divulgação do projeto												
Reunião com formadores												
Convocatória dos pais / responsáveis legais elegíveis												
Elaboração de folheto para convocatória dos participantes e de informação com conteúdos												
Elaboração de certificado de frequência para os participantes												

[illegible]

Anexo II

Bem nascer, melhor crescer

Projecto de Intervenção Comunitária
Sessões de Educação Parental

Destinatários
Futuros Pais,
Pais e/ou responsáveis legais de
crianças até aos seis anos.

Local
Escola Básica do 1º Ciclo - Porches

Promotor:

**D'Alagoa**
Unidade de Cuidados na Comunidade
Aces do Barlavento
Telefone: 282 340 377

 **ARS Algarve**
Autoridade Regional de Saúde do Algarve | Ministério da Saúde

Apoio:

**MUNICÍPIO**
Lagos
ALGARVE



**YChe**

Anexo III

“Bem Nascer, Melhor Crescer”
Plano da Sessão de Educação Parental

TEMA:

Módulo:

RESUMO

Formador e Local de origem:	
Meios Pedagógicos Auxiliares	
População-alvo	
Objetivo da sessão	
Conteúdos	
Data Horário Rúbrica do Formador:	<hr/> <hr/> <hr/>

Anexo IV

Projeto de Intervenção em saúde Comunitária
- Educação Parental –

“Bem Nascer, Melhor Crescer”

Sessão de Educação para a Saúde

Destinatários: Futuros pais, pais e/ou
representantes legais de crianças 0 aos 6 anos
residentes Bairro Municipal de Porches

Início: 14 de Fevereiro de 2012

Hora: 09h15

Temas

Apresentação e Introdução
Ser família
Saúde e segurança
Educar com afeto
Avaliação

UCC D’Alagoa
Tel: 282 340 377

ucc-dalagoa@acesbarlvento.min-saude.pt

Anexo V

Projeto de Intervenção em Saúde Comunitária

- Educação Parental -

“Bem Nascer, Melhor Crescer”

Sessões de Educação para a Saúde

Destinatários:

Futuros pais, pais e/ou responsáveis legais de crianças dos 0
6 anos residentes no Bairro Municipal de Porches

Início: 14 de Fevereiro de 2012

Hora: 9.15h

Local: Biblioteca escolar EB1 Porches

Colaboradores diretos:

<i>Sessão</i>	<i>Tema</i>	<i>Data</i>	<i>Hora</i>	<i>Formador</i>
1	Apresentação	14 fevereiro	9:15	Todos os Técnicos
SER FAMÍLIA				
2	Conceito de Família Planeamento Familiar Adaptação à Parentalidade	28 fevereiro	9:15	Enfª Anabela Simões Enfª M. José Yee
3	Rede de suporte social Recursos de apoios sociais	6 março	9:15	TSS Cláudia Mestre Ed. Social Filipa Ferreira
4	Economia doméstica	13 março	9:15	TSS Cláudia Mestre Ed. Social Filipa Ferreira
SAÚDE E SEGURANÇA				
5	1ºs Cuidados ao RN Saúde e Segurança das crianças 0–2 anos	20 março	9:15	Enfª Anabela Simões Enfª M. José Yee
6	Saúde e Segurança das crianças 2–6 anos (parte I)	27 março	9:15	H.O. Fernando Sá Enfª M. José Yee
7	Saúde e Segurança das crianças 2–6 anos (parte II)	3 abril	9:15	Enfº Mickael
EDUCAR COM AFETO				
8	Educar com Afeto (parte I)	10 abril	9:15	Psicóloga Susana Godinho

Anexo VI

Projeto de Intervenção Em saúde Comunitária

“Bem Nascer, Melhor Crescer”

- Educação Parental -

Certifica-se que

*_____ ,
frequentou na totalidade as sessões de educação
parental do Projeto de Intervenção em Saúde
Comunitária .*



Porches, 24 de abril 2012

O Gestor do Projeto

Anexo VII

Projeto de Intervenção Em saúde Comunitária

“Bem Nascer, Melhor Crescer”

- Educação Parental -

Certifica-se que

_____, foi formador
nas sessões de educação parental do Projeto de
Intervenção em Saúde Comunitária, tendo
apresentado o tema_____.



Porches, 24 de abril 2012

O Gestor do Projeto

Anexo VIII

Consentimento Informado

Ir  dar-se início   implementação de um projeto de intervenção em saúde comunitária, mais concretamente ao nível da educação parental, denominado “Bem Nascer, Melhor Crescer”, pela UCC D’Alagoa – Centro de Saúde de Lagoa, com a colaboração da Câmara Municipal de Lagoa e do Agrupamento Vertical de Escolas Padre Ant nio Martins de Oliveira.

Convidamo-lo assim participar, declarando que:

- Foi informado acerca dos objetivos do projeto e formadores participantes;
- Compreendeu que tem o direito de colocar qualquer questão agora e no decurso do projeto;
- Compreendeu que   livre de desistir a qualquer momento;
- Foi informado acerca da total liberdade para recusar ou aceitar a participação neste estudo de forma livre e esclarecida.

Para os devidos efeitos declaro consentir a minha participação.

Nome da mãe / pai / representante legal: _____

Data ____/____/____

Assinatura: _____

Anexo IX

I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA - EDUCAÇÃO PARENTAL -



Mestranda: Anabela Monteiro Simões

Docente Orientador: Prof. Coordenadora Manuela Pereira

Junho 2011

Problema Identificado:

Deficientes cuidados prestados pelos pais e/ou responsáveis legais de crianças residentes em bairros de maior vulnerabilidade social do concelho de Lagoa.

População:

Futuros pais, pais e/ou responsáveis legais de crianças residentes em bairros de maior vulnerabilidade social do concelho de Lagoa.

Área de Intervenção:

Projeto de intervenção em saúde comunitária na área da educação para a saúde, especificamente em educação parenta.

Finalidade do projeto:

- ♦ Promover efetivos ganhos em saúde na área da saúde infantil.

Justificação do projeto:

- ♦ Dar cumprimento ao preconizado:

- na meta nº3 que se intitula, **Início de Vida Saudável**, do documento “Saúde 21” que recomenda promover um bom início de vida implicando o suporte dos pais e das crianças pequenas, que foi assinado por todos os estados membros da Organização Mundial de Saúde europeia;

- no PNS 2004-2010:

- Estratégias Gerais - prioridade aos mais pobres e a necessidade de reduzir as desigualdades em saúde através de ações dirigidas aos grupos mais vulneráveis;

- Estratégias Para Obter Mais Saúde para todos -

Abordagem centrada na família e no ciclo de vida – Crescer em Segurança:

Os Settings a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem a família, o infantário, as amas, o local de trabalho, as instituições de acolhimento e as unidades de saúde.
(PNS 2004-2010)

- no Programa de Saúde Infantil e Juvenil:

Valorização dos cuidados antecipatórios (...), nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

- nas Linhas Estratégicas (2010) do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento nomeadamente ao objetivo estratégico - dinamizar e reforçar as ações de prevenção da doença e promoção da saúde em parceria com a comunidade, identificando como uma área de intervenção a parentalidade responsável, apontando especificamente a intervenção no âmbito familiar como uma das atividades a desenvolver.

Objetivo Geral:

♦ **Promover a literacia em saúde** mais especificamente em cuidados parentais, através da implementação do projeto “Bem Nascer, Melhor Crescer” originando ganhos em saúde.

Objetivos do Projecto:

- ♦ Promover a parentalidade responsável;
- ♦ Aumentar as competências parentais para uma parentalidade positiva e segura;
- ♦ Prevenir maus tratos, abusos e negligência na infância.

Parcerias

- ♦ Creches e jardins-de-infância da rede pública do concelho de Lagoa;
- ♦ Juntas de freguesia do concelho de Lagoa;
- ♦ Câmara Municipal de Lagoa;
- ♦ Comissão Proteção Crianças e Jovens de Lagoa;
- ♦ Bombeiros voluntários de Lagoa;
- ♦ Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.